

DE
L'INFLUENCE RÉCIPROQUE
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
ET DE LA
GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE JEUDI 9 JUILLET 1885, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AUGUSTE SACQUIN

Né à Houécourt (Vosges).



NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

1885



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547413_0068

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 205)

DE
L'INFLUENCE RÉCIPROQUE
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
ET DE LA
GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

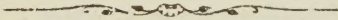
LE JEUDI 9 JUILLET 1885, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AUGUSTE SACQUIN

Né à Houécourt (Vosges).



NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. { ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, prof. M. BÉCHET, prof. adjoint.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, agrégé, chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	id.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, id.	id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. BERNHEIM ✱, président ; MM. HERRGOTT, ROUSSEL, E. DEMANGE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE VÉNÉRÉ

A MON EXCELLENTE MÈRE

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE ET DE PIÉTÉ FILIALE

MEIS ET AMICIS

A MON AMI LE DOCTEUR LEON GANZINOTTY

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde endémique à Nancy y éclate parfois sous forme d'épidémies qui frappent presque en même temps un grand nombre d'individus. Parmi eux se sont trouvées un certain nombre de femmes arrivées à des époques différentes de leur grossesse. Plusieurs d'entre elles ont été soumises directement à notre observation, pendant que nous suivions les cliniques de notre Faculté. L'étude de ces malades nous a suggéré l'idée de revoir, pour notre propre compte, un sujet si souvent traité déjà, persuadé que nous pouvions, en nous aidant de l'expérience de nos devanciers, faire œuvre profitable.

Nous avons d'ailleurs conçu notre travail sur un plan qui, nous le croyons, aura le mérite, à défaut d'autre originalité, de présenter la question d'une façon claire et précise. Tant de données importantes se trouvent comme cachées au milieu des mémoires que l'on peut consulter à ce sujet. Donner un certain nombre d'observations nouvelles, prendre dans les auteurs celles qui ont été rédigées avec soin, tirer de ces faits les conclusions pratiques qui en découlent, tel a été notre premier but. Réunir ensuite tous les faits connus, et nous en servir pour élucider certains points non encore parfaitement établis, tel sera notre second but, l'un complétant l'autre, pour tenter de mettre au courant de la science la question si intéressante des rapports réciproques de la fièvre typhoïde avec la grossesse.

Nous prions Monsieur le professeur Bernheim de vouloir bien agréer l'hommage de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, pour sa bienveillance durant le cours de nos études, et pour les savants conseils qu'il nous a donnés pendant que nous rédigeons ce travail.

Nous avons été très heureux de trouver auprès de certains médecins de Nancy, une bienveillance dont nous les remercions ; grâce aux observations inédites que nous ont communiquées Messieurs les docteurs J. Didion, Sogniès, Charles Lévy et Friot, nous avons pu augmenter notre statistique riche déjà des faits recueillis aux cliniques de Messieurs les professeurs Bernheim, Herrgott et V. Parisot.

M. le docteur Lebon a observé une épidémie de fièvre typhoïde qui a éclaté, en 1883, à Liverdun, près de Nancy ; après avoir dispensé aux malheureux typhiques ses soins les plus dévoués, il a basé sur les faits qu'il a recueillis un travail des plus remarquables. Il a eu la bonne fortune d'observer cinq femmes grosses ; deux de ces observations sont relatées dans sa thèse (Nancy, 1884) ; les trois autres encore inédites nous ont été communiquées par lui. Nous remercions vivement notre excellent ami de ces documents qu'il nous a si gracieusement offerts.

HISTORIQUE

Le temps a fait justice de l'opinion ancienne qui considérait la grossesse comme une garantie contre les maladies épidémiques. Avec la théorie actuelle des germes ou des microbes, on concevrait mal qu'une femme grosse, même jouissant d'une parfaite santé, pût, par le seul fait de son état de gravidité, être absolument réfractaire à l'absorption du poison typhique. Et l'examen seul des pièces du procès montre combien étaient mal avisés ceux qui soutenaient une telle erreur.

L'histoire des rapports de la fièvre typhoïde avec la grossesse ne commence réellement qu'après que Louis eut dégagé, en 1829, cette maladie du chaos des fièvres continues. C'est ainsi que Chomel, dans ses leçons cliniques, publiées en 1834, parle de la rareté de la fièvre typhoïde chez les nouvelles accouchées ; il est vrai qu'il ne la mentionne pas chez les femmes enceintes. Dans son traité des accouchements, Velpeau, en 1835, est absolument muet sur les rapports de la grossesse avec la fièvre typhoïde. Forget, dans son traité de l'entérite folliculeuse, publié en 1841, rapporte plusieurs observations de fièvre typhoïde chez les femmes grosses. Le premier traité d'accouchements qui touche à cette question est celui de Cazeaux, en 1844, où cet auteur parlant de l'action de la fièvre typhoïde chez les femmes grosses, pense que leur état ne les protège à aucune époque de la grossesse contre l'infection typhique qui déterminerait souvent l'avortement dans les premiers mois de la gestation, surtout pendant le premier et quelquefois le second septénaire de la maladie. De 1844 à 1855, une série de thèses de Paris, intitulées : Maladie du fœtus dans le sein de sa mère (Benjamin Ver-

neuil, 1848; Diamatopoulos, 1851 ; Mantalègre, 1852; Segrestan, 1855), mentionnent simplement la fièvre typhoïde parmi les causes de mort du fœtus. Citons aussi Jenner, thèse de Strasbourg, 1850. Griesinger, en 1857, dans son traité des maladies infectieuses, admet que la marche de la maladie est aggravée par l'avortement. Mattéi, dans ses cliniques obstétricales, 1858, St-Romes, thèse de Paris, 1858, Williams Cummins, (Dublin quat. journal, 1859), rapportent également plusieurs cas de fièvre typhoïde pendant la grossesse. Le premier travail de Gusserow sur cette question est publié en 1858 dans le Journal de médecine de Prague. Bourgeois, de Tourcoing, dans son mémoire à l'Académie de 1861, dit avoir observé 37 cas de fièvre typhoïde chez des femmes grosses, de la classe ouvrière. Niemeyer, 1861, signale aussi les rapports de la fièvre typhoïde avec la grossesse. Fiedler (Arch. der Heilk. 1862) parle du parallélisme de la courbe du pouls fœtal et de la courbe thermique maternelle.

Viennent ensuite une étude de Garimond dans les Annales de Montpellier, 1866 ; la thèse de Walder, Zurich, 1867 ; la thèse de Carret, Paris, 1867 ; une observation d'Empis dans le Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1868 ; des articles de Weber, (Berlin. Klin. Woch, 1870) ; de Wallichs, (Mon. f. Geburt, 1871) ; de Zuelzer, (Mon. f. Geb., 1872) ; une observation de Leudet, 1874 ; la thèse de Georgi, Strasbourg, 1877 ; un rapport sur la fièvre typhoïde d'Humbert-Mollière dans Lyon médical, 1877 ; une statistique de Brand, citée par Homolle dans la Revue des sciences médicales, 1877 ; une observation de Duchamp, interne de Meynet à Lyon, 1878 ; le traité de Murchison sur la fièvre typhoïde, 1878 ; les recherches de Runge, (Archiv. f. Gyn., 1878) ; les thèses de Paris, de Duguyot, 1879, de Vincent (Influence de la température de la mère sur la vie du fœtus), 1880 ; le second mémoire de Gusserow, (Berlin. Klin. Woch. 1880), où l'auteur appuie ses idées cliniques sur les résultats expérimentaux de son assistant Runge ; les thèses de Baratte 1882, de Rousseau 1882, de Savidan 1883, de Doré (Influence de la température des femelles en gestation sur la vitalité

du fœtus), 1883; une publication de Martinet dans l'Union médicale, 1883; une observation de Brousse, (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 30 mai 1885). Citons encore les traités classiques d'accouchements de Schroeder et de Spiegelberg, et l'ouvrage de Charpentier, 1883, premier traité d'accouchements qui présente la question de l'influence des maladies aiguës sur la grossesse d'une façon complète. Le compendium de Ziemssen et les dictionnaires de Jaccoud et de Dechambre ne fournissent que quelques données sur ce sujet. Dans son troisième volume de clinique médicale, 1884, N. G. de Mussy ne fait que reproduire ce que dit Murchison. Nous renvoyons enfin à un ouvrage d'ensemble que nous n'avons pas pu consulter et qui est dû à la plume de Zuelzer « Abdominal-Typhus » (in Real-Encyclopedie der gesammten Heilkunde von A. Eulenburg. 2^e édition, Wien und Leipsig, 1885), dont nous avons trouvé l'indication dans l'ouvrage de Cornil et Babes : Les Bactéries, Paris 1885.



PLAN DU SUJET

Notre but, avons-nous dit plus haut, est d'étudier l'influence réciproque de la grossesse et de la fièvre typhoïde. Nous devons donc rechercher quels sont les procédés de la fièvre typhoïde à l'égard de l'état gravidique : c'est la première partie de notre travail. Nous verrons ensuite, dans la seconde partie, de quelle façon la grossesse et ses conséquences, l'avortement, l'accouchement prématuré et les suites de couches, réagissent sur la maladie elle-même.

Ou bien la fièvre typhoïde aura une action absolument nulle sur la grossesse, et celle-ci suivra son cours normal pendant et après la fièvre typhoïde.

Ou bien, pendant l'évolution de la fièvre typhoïde, le cours de la grossesse sera interrompu, et nous pourrons nous demander si cette interruption est le résultat de la maladie elle-même, ou bien la conséquence d'une de ses nombreuses complications, et quel en est le mécanisme.

Enfin, nous verrons si la grossesse, l'avortement, l'accouchement prématuré et les suites de couches impriment une allure différente à l'évolution de la fièvre typhoïde.

Nous espérons que cette étude ne sera pas stérile, et que les faits que nous aurons établis nous inspireront des déductions thérapeutiques.

Voilà en quelques lignes l'exposé de notre programme ; dès maintenant la parole est aux faits, et nous nous appuierons constamment sur leur exacte interprétation, pour en tirer les conséquences qui figureront sous forme de conclusions à la fin de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

INFLUENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE SUR LA GROSSESSE

CHAPITRE I

FRÉQUENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES. — IMMUNITÉ PRÉTENDUE.

Avant d'étudier l'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse, il nous semble nécessaire de parler de la prétendue immunité des femmes grosses à l'égard de la fièvre typhoïde. La doctrine de l'immunité absolue tomba devant les faits observés par Forget et rapportés par cet auteur dans son traité de l'entérite folliculeuse de 1841. Si depuis cette doctrine ne s'est plus relevée, nous voyons des auteurs admettre encore de nos jours une immunité relative.

Les statistiques (citées par Gusserow), de Liebermeister, 18 femmes enceintes sur 1420 cas, soit 1,2 pour 100, et de Zuelzer, 24 femmes enceintes sur 1852 cas, soit 1,3 pour 100, semblent confirmer ce fait. Nous pourrions objecter à ces auteurs que dans ces nombres 1420 et 1852 sont compris les malades des deux sexes, et par conséquent les rapports de 1,2 et 1,3 pour 100 ne sont pas exacts.

Mais nous avons d'autres statistiques qui sont moins vagues : Goltdammer, sur 600 femmes typhiques soignées à l'hôpital Béthanie, en trouva 26 enceintes, soit 4,33 pour 100. Lors de l'épidémie de Paris 1883, Martinet, interne de Siredey à Lariboisière, a trouvé 16 femmes enceintes sur 460 femmes typhiques, soit 3,5 pour 100. Or, dans ces nombres 600 et 460 des statistiques de Goltdammer et de Martinet, sont comprises des jeunes filles et des enfants. Pour nous, nous regardons la statistique du docteur Lebon,

sur l'épidémie de Liverdun 1883, comme très-instructive. Cet auteur a donné des chiffres qui s'éloignent considérablement des précédents. La maladie frappa des cités ouvrières, et ne respecta, pour ainsi dire, personne dans certains groupes d'habitations. Les résultats de son observation peuvent donc être considérés comme donnant la mesure exacte de l'immunité de la grossesse à l'égard de la fièvre typhoïde. Or, sur 430 habitants, répartis dans 9 cités, il y eut 94 malades, répartis dans 7 cités. Sur ces 94 malades, il y eut 44 personnes du sexe féminin, et parmi elles 25 enfants au-dessous de 15 ans et 19 femmes dont 5 étaient enceintes.

Si nous faisons un calcul comme Liebermeister et Zuelzer, nous trouvons la proportion de 5,3 pour 100 de femmes enceintes ; si nous suivons les errements de Goltdammer et de Martinet, nous avons le rapport de 11,3 pour 100 ; mais le seul chiffre vrai est 5 sur 19, c'est-à-dire 25,7 pour 100. Il est assez éloquent pour se passer de commentaires. Au reste, nous n'avons établi ces calculs que pour imiter nos prédécesseurs. Pour nous, nous ne saurions admettre en aucune façon l'immunité même relative. La fièvre typhoïde est une maladie microbienne comme les autres maladies infectieuses. Pour s'en garantir, il faut échapper à l'absorption des microbes. La grossesse ne dispose pas, que nous sachions, autour du système d'absorption des femmes grosses un cordon sanitaire qui puisse arrêter ces derniers.

Si, dans certains statistiques, les femmes enceintes paraissent échapper à la maladie, ou bien elles peuvent avoir l'immunité d'une première atteinte ou de l'assuétude, et c'est ce qu'oublient de relater les auteurs des statistiques précédentes, ou bien les femmes grosses vivent plus isolées, et par suite s'exposent moins à la contagion. C'est, du reste, ce qu'on pourrait déduire de la plus grande rareté de la fièvre typhoïde dans la seconde moitié de la grossesse, rareté signalée par tous les auteurs et que confirment nos propres observations. C'est ainsi que, sur 82 cas, Savidan en trouve 52 dans les 6 premiers mois, et 30 seulement dans les 3 derniers mois de la grossesse. Charpentier en a trouvé 130 du 3^e au 7^e mois, et 90 après le

6^e mois ; et nous-même, nous avons rassemblé 14 cas du 2^e au 7^e mois, et 4 cas après le 6^e mois de la grossesse.

Si les femmes des ouvriers des forges de Liverdun n'ont pas échappé à l'infection, c'est qu'elles n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde, celle-ci n'ayant jamais éclaté dans les cités ; de plus, elles vivaient de la vie commune ; elles ont, comme les autres malades, été contaminées, ainsi que le prouve le docteur Lebon, par l'eau potable souillée par les selles de 2 typhoïsants arrivés de Nancy.

Les considérations précédentes prouvent que les statistiques hospitalières et des grands centres sont peu faites pour montrer la fréquence de la fièvre typhoïde pendant la grossesse ; et il nous vient naturellement à l'esprit cette phrase de Louis qui avouait que la fièvre typhoïde était contagieuse dans les campagnes, phrase que nous pourrions modifier en disant : *dans les épidémies de fièvre typhoïde des petites localités, les femmes enceintes exposées à la contagion subissent aussi bien que les autres femmes l'influence typhogène.*

CHAPITRE II

INFLUENCE NULLE. — CONTINUATION DE LA GROSSESSE.

Un certain nombre de faits prouvent que la fièvre typhoïde peut se départir de sa sévérité habituelle et ne pas troubler le travail vital qui s'accomplit dans le sein maternel. Nous avons, à ce sujet, dépouillé les statistiques des auteurs, et nous avons réuni 310 cas sur lesquels 111 fois, c'est-à-dire dans 35,8 pour 100 des cas, la grossesse a continué son cours. Nous pouvons donc affirmer que d'après les faits de notre statistique générale, la fièvre typhoïde reste sans influence sur la grossesse dans le tiers des cas. Voici, du reste, le tableau :

NOMS DES AUTEURS	Nombre de cas			Inter- ruption de la gros- sesse		Conti- nuation de la gros- sesse		Morta- lité des fem- mes		Morta- lité fœtale		Fœtus ayant vécu
	Avortement	Accouchement prénaturé	6 premiers mois	3 derniers mois	Avortement	Accouchement prénaturé	Guérison des femmes	Morts-nés	Nés vivants			
Forget	3	2	»	1	»	2	»	1	»	»	»	
St-Romes-Piorry	2	1	1	»	»	»	»	2	»	»	1	
Empis	1	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	
B. Verneuil	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	
Cummins	1	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	
V. O. Hardon	2	1	1	»	»	1	»	1	»	1	»	
Griesinger, Vienne, 1859	3	3	»	»	»	»	»	3	»	»	»	
Bourgeois de Tourcoing	37	12	9	10	6	»	»	37	5	2	2	
Goldammer	26	17	»	9	»	7	»	19	»	»	»	
Murchison	14	8	4	1	1	1	3	10	3	»	1	
Fiedler	5	»	»	5	»	»	»	5	»	»	»	
Moutard-Martin	3	»	»	2	1	»	»	3	»	»	»	
Frænkel	2	1	1	»	»	»	»	2	»	»	1	
Leudet de Rouen	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	
Wallichs	2	1	1	»	»	»	»	2	»	»	1	
Duguyot	10	3	2	5	»	2	»	8	»	2	»	
Vincent-Homolle	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	
Duchamp Meynet	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	
Gusserow	3	1	2	»	»	1	»	2	»	»	2	
Rousseau	10	4	1	3	2	»	»	10	»	»	1	
Baratte	5	3	1	1	»	»	»	5	»	1	»	
Savidan	2	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»	
Martinet	15	6	3	4	2	»	»	15	1	1	1	
Brousse	1	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	
Sacquin	18	6	2	8	2	1	1	16	»	»	1	
TOTAUX.....	169	72	31	52	14	16	6	147	10	9	11	

NOMS DES AUTEURS.	Nombre de cas.	Inter- ruption de la gros- sesse.		Morta- lité des fem- mes	Morta- lité foétale.	Fœtus ayant vécu.
		Avortement	Accouchement prématuré.			
Report.....	169	72	31	66	46	6
Griesinger, Vienne, 1858	12	3	1	8	2	»
Humbert Mollière	3	2	»	1	»	»
Bartels	1	»	»	1	»	»
TOTAUX.....	185	77	32	76	48	6

NOMS DES AUTEURS.	Nombre de cas	Inter- ruption de la grossesse	Continuation de la grossesse	Mortalité des femmes	Guérison des femmes
Report.....	185	109	76	24	161
Brand cité par Homolle	20	16	4	3	17
Liebermeister	23	20	3	7	16
Griesinger (Traité)	5	5	»	3	2
TOTAUX.....	233	150	83	37	196

NOMS DES AUTEURS.	Nombre de cas	Inter- ruption de la grossesse	Continuation de la grossesse
Report.....	233	150	83
Jackson	20	19	4
Zuelzer	24	14	10
Playfair	33	16	17
TOTAUX.....	310	193	114

Il se compose de 3 séries de cas : la première en renferme 185 qui sont plus ou moins complets, et nous ont permis d'établir la proportion des avortements et des accouchements prématurés, la mortalité des mères et celle des fœtus nés prématurément ; dans la seconde série de cas au nombre de 48, nous n'avons pu remonter aux sources, ou bien les auteurs ne donnent que des chiffres généraux ; cependant elle permet encore d'établir la proportion des interruptions et celle des continuations de grossesse, et elle relate aussi la mortalité des mères ; mais il n'est pas question des accouchements prématurés ni par conséquent de la mortalité des fœtus ; enfin, la troisième série de cas ne nous apprend que le nombre des interruptions de grossesse.

Notre statistique personnelle comprend 18 cas dont 10, soit une proportion de 56 pour 100 dans lesquels la fièvre typhoïde n'a pas contrarié la grossesse, ce qui est une statistique heureuse, si on la compare à l'ensemble des 292 autres cas, où la proportion n'atteint que 34,6 pour 100.

Quelle est maintenant la raison de cette nullité d'action de la fièvre typhoïde sur le cours de la grossesse ? De nos observations personnelles il semble se dégager ce fait que la bénignité de l'affection, surtout le peu d'intensité des phénomènes nerveux, peut faire espérer une solution de la maladie sans interruption de l'état gravidique. D'après les observations des auteurs et les nôtres réunies au nombre de 33, 16 fois la fièvre a été bénigne, 11 fois elle a été de moyenne gravité, 6 fois elle a été grave.

Mais il nous faut dire ce que nous entendons par formes légères, formes de gravité moyenne, formes graves. Sous le nom de formes légères ou encore bénignes, ébauchées, abortives, nous désignons les cas de fièvre typhoïde où la durée est plus courte, où les symptômes nerveux et en général les symptômes ordinaires de la maladie, troubles intestinaux et thoraciques, sont réduits à leur minimum, et où les complications font défaut. Les formes de gravité moyenne oscillent autour du type classique dont la durée est de 3 septénaires,

et, tout en étant caractérisées par l'état typhoïde, elles évoluent sans grandes complications, sans désordres nerveux trop inquiétants. Les formes graves sont celles qui présentent soit de l'ataxie, soit de l'adynamie, soit d'autres complications aussi sérieuses.

Quant à l'hyperthermie accusée par la plupart des auteurs de provoquer l'interruption de la grossesse, 9 fois sur 33 cas, nous avons noté que la température s'élevait au-dessus de 39°5 et atteignait 40°, 40°5 et même 41°, pendant une durée qui a varié de trois à neuf jours, et cependant les battements redoublés ont continué à être perçus, et la grossesse a suivi son cours. On verra d'ailleurs notre opinion là-dessus dans le chapitre de la Pathogénie de l'expulsion du fœtus.

CHAPITRE III

INFLUENCE RÉELLE. — INTERRUPTION DE LA GROSSESSE.

Du tableau précédent, il résulte que sur 310 cas, 199 fois le cours de la grossesse a été interrompu par la fièvre typhoïde, soit dans 64,2 pour 100, ou environ $\frac{2}{3}$ des cas. La première série nous montre que sur 185 cas, 77 fois la femme a avorté, 32 fois elle a accouché prématurément, ce qui fait, pour les 109 interruptions de grossesse, un rapport approximatif de 70 pour 100. On peut donc dire que, dans les circonstances où la fièvre typhoïde frappe les femmes enceintes, l'avortement est deux fois plus fréquent que l'accouchement prématuré. Nous le répétons, comme du reste nous l'avons dit plus haut, cela tient simplement à la plus grande rareté de la fièvre typhoïde chez les femmes qui, arrivées à la dernière période de la grossesse, s'exposent moins à la contagion.

§ 1. — DE L'AVORTEMENT.

Entrons plus avant dans notre sujet et voyons, sous ses divers aspects, cette complication si fréquente de la fièvre typhoïde chez les femmes grosses, l'avortement.

Définissons d'abord ce qu'il faut entendre par le mot avortement. Le terme d'avortement ne peut s'appliquer qu'aux cas d'expulsion du produit de la conception avant le moment de la viabilité fœtale, c'est-à-dire avant le septième mois de la grossesse. Passé cette époque, l'expulsion du fœtus s'appelle accouchement prématuré.

1^o *Époque de l'avortement dans le cours de la grossesse.* — L'avortement, dans la fièvre typhoïde, peut avoir lieu à tous les moments des six premiers mois. Cependant, ainsi qu'il résulte des faits suivants au nombre de 46, il paraît être plus fréquent aux 3^e, 4^e et 5^e mois.

2 ^e mois : 2 cas. — Leudet..... 1	4 ^e mois : 11 cas. — Zuelzer..... 4
Baratte..... 1	Martinet..... 2
3 ^e mois : 22 cas. — Zuelzer..... 7	Baratte..... 2
Rousseau 3	Rousseau 1
Forget..... 2	Sacquin..... 2
Duguyot..... 2	5 ^e mois : 10 cas. — Duguyot..... 3
Baratte..... 1	Zuelzer..... 2
Savidan..... 1	Frænkel..... 1
Martinet..... 1	Baratte..... 1
V. O' Hardon 1	Savidan..... 1
Sacquin..... 3	Vincent..... 1
	Sacquin..... 1
	6 ^e mois : 1 cas. — Saint-Romes . 1

2^o *Époque de l'avortement dans le cours de la fièvre typhoïde.* — La grossesse, dans les six premiers mois, peut être interrompue à tous les moments de la fièvre typhoïde. Mais, d'après les faits que nous avons pu analyser, au nombre de 26, il semble que l'avortement

est surtout fréquent dans le cours du 2^e septénaire. Ces faits montrent, d'ailleurs, que dans 3 cas l'avortement a eu lieu au 1^{er} septénaire ;

— 11	—	—	2 ^e	»
— 5	—	—	3 ^e	»
— 1	—	—	4 ^e	»
— 1	—	—	dans une rechûte ;	
— 5	—	—	après la défervescence,	

au début de la convalescence, en pleine période apyrétique.

Tels sont les faits. Voyons maintenant ce que pensent les auteurs. Gusserow conclut de ses observations que les avortements se font pour la plupart à la fin du 1^{er}, et pour quelques-uns au commencement du 2^e septénaire ; il se base sur des faits que nous n'avons pas trouvés publiés. Goltdammer a constaté que l'avortement, dans ses 17 cas, se répartissait également dans les 3 premiers septénaires de la dothiéntérie. Martinet l'a observé surtout au début de la convalescence, alors que la température était à la normale. Dans nos observations, l'avortement s'est produit 4 fois du 10^e au 12^e jour, et 2 fois après la défervescence.

§ II. — DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

D'après notre définition de l'avortement, il résulte qu'il faut entendre par accouchement prématuré l'expulsion du produit de la conception après le 6^e mois de la grossesse.

Etablissons maintenant d'une façon rapide, les trois circonstances principales de cette complication.

1^o *Epoque de l'accouchement prématuré dans le cours de la grossesse.* — L'accouchement prématuré dans la fièvre typhoïde peut avoir lieu à tous les moments des 3 derniers mois. Nous n'avons pu réunir que 14 faits :

7 ^e mois: 8 cas. — Martinet..... 2	8 ^e mois: 4 cas. — Rousseau..... 1
Empis..... 1	Martinet..... 1
V. O' Hardon... 1	Duguyot..... 1
Duguyot..... 1	Wallichs..... 1
Baratte..... 1	Brousse..... 1
Sacquin..... 2	9 ^e mois: 1 cas. — Cummins..... 1

Quelque petite que soit cette statistique, il semble en résulter que les typhoïsantes sont d'autant plus aptes à l'accouchement prématuré qu'elles sont plus éloignées du terme de leur grossesse.

2^e *Epoque de l'accouchement prématuré dans le cours de la fièvre typhoïde.* — La grossesse, dans les 3 derniers mois, peut être interrompue à tous les moments de la fièvre typhoïde. Mais, d'après les faits que nous avons pu analyser, au nombre de 25, il semble que l'accouchement prématuré est surtout fréquent dans le cours du 2^e septénaire, circonstance que nous avons déjà notée pour l'avortement. Voici la statistique de ces faits :

1 ^{er} septénaire: 6 cas. — Bourgeois.... 5	3 ^e septénaire: 3 cas. — Wallichs.... 1
Rousseau 1	Baratte 1
2 ^e septénaire: 13 cas. — Bourgeois.... 4	Martinet..... 1
Duguyot..... 2	4 ^e septénaire: 2 cas. — Gusserow.... 2
Cummins.... 1	Convalesc. : 1 cas. — Martinet..... 1
V. O' Hardon. 1	
Empis..... 1	
Martinet..... 1	
Brousse..... 1	
Sacquin..... 2	

3^e *Mortalité des enfants.* — Nous empruntons nos résultats à la statistique suivante :

Enfants morts : 20		Enfants vivants : 10
Morts-nés : 11 cas. —	Nés vivants : 9 cas. —	Bourgeois..... 2
Bourgeois..... 5	Bourgeois..... 2	Saint-Romes..... 1
Griesinger..... 1	Duguyot..... 2	Gusserow..... 2
Murchison..... 3	V. O' Hardon..... 1	Fränkel..... 1
Empis..... 1	Cummins..... 1	Wallichs..... 1
Martinet..... 1	Baratte..... 1	Murchison..... 1
	Martinet..... 1	Rousseau..... 1
	Brousse..... 1	Martinet..... 1

Ainsi, sur 30 cas, 10 enfants seulement ont survécu. Nous pouvons donc établir la proportion suivante : dans l'accouchement prématuré, un enfant sur 3 échappe à la mort ; la mortalité est donc de 66 pour 100. Mais cette statistique montre aussi que 19 enfants sur 30 sont nés vivants, soit les 2/3. Nous aurons plus loin l'occasion de nous servir de cette donnée importante, quand nous combattrons, à l'article Pathogénie de l'expulsion du fœtus, la doctrine de l'hyperthermie.

De certaines circonstances qui précèdent, accompagnent ou suivent l'expulsion du produit de la conception, dans le cours de la fièvre typhoïde. — Nous ne parlerons ni des symptômes, ni de la marche de l'avortement et de l'accouchement prématuré, qui ne paraissent pas, d'après l'ensemble des observations, se départir de leur allure habituelle. Le plus souvent, en effet, l'avortement et l'accouchement prématuré dans la fièvre typhoïde gardent la physionomie qu'ils présentent dans les circonstances variées au milieu desquels ils peuvent se produire. Mais quelques observations nous obligent à signaler certaines particularités, telles que des métrorrhagies, des frissons avec fièvre passagère, et enfin le collapsus.

A. *Métrorrhagies.* — Certains auteurs mentionnent la fréquence des métrorrhagies. Zuelzer et Goltdammer disent que presque toutes les femmes qui avortèrent dans le cours de la fièvre typhoïde, furent atteintes de métrorrhagies graves ; ils croient même que la fièvre typhoïde détermine une endométrite hémorrhagique, comme cela s'observe dans d'autres maladies infectieuses. Gusserow dit que dans les cas qu'il a observés les hémorrhagies ont été presque nulles, et n'ont jamais constitué le phénomène primordial de l'avortement. Cet auteur est en cela d'accord avec lui-même, l'hyperthermie déterminant d'après lui, comme nous le verrons plus loin, le travail d'expulsion par la mise en jeu de l'excitabilité réflexe des fibres utérines. Liebermeister eut plusieurs fois à combattre des hémorrhagies très-abondantes.

Les métrorrhagies sont rares dans l'ensemble des observations que nous avons analysées, et nous n'y avons pas trouvé trace de l'endométrite hémorrhagique de Zuelzer et Goltdammer ; et quant à nos observations personnelles, nous n'avons pas eu l'occasion de signaler une seule fois ces métrorrhagies comme phénomène précurseur de l'avortement. Dans l'observation III de notre 2^e série de cas, il y a eu des métrorrhagies ; mais celles-ci ne se sont produites qu'après l'expulsion du fœtus, et encore elles n'étaient dues qu'à l'adhérence du placenta imparfaitement décollé. L'extraction de cet organe, en effet, fut suivie de la cessation de l'écoulement sanguin. De même dans l'observation VII de cette même série, nous avons noté une métrorrhagie après la délivrance.

B. *Frisson suivi de fièvre.* — « Souvent, dit Gusserow, l'expulsion du fœtus est précédée d'un frisson intense, symptôme absolument rare dans la fièvre typhoïde. Voici ce que j'ai observé chez une femme enceinte que j'ai soignée : la température était de 38°6 au 26^e jour de la fièvre typhoïde, quand survient un frisson très-fort suivi d'élévation de la température à 39°8. Après l'expulsion rapide de l'enfant, la température atteint 40°4. Le 2^e jour des couches, elle tombe à 37° et s'y maintient.

« Chez une autre femme, le 27^e jour de la maladie, après les symptômes de collapsus avec hypothermie, survient un frisson suivi de contractions utérines. La température monte graduellement à 38°5 ; puis les contractions cessent le 28^e jour, et la température retombe à 36°1. Le 29^e jour, nouveau frisson le matin, puis élévation de la température à 40°2 et reprise des contractions utérines. Celles-ci s'arrêtent le soir, et la température retombe à 36°7. Puis, après quelques jours de repos, la mère accouche assez rapidement d'un enfant vivant, né à terme. »

Wallichs observa quelque chose d'analogue à la fin du 3^e septénaire de la fièvre typhoïde, chez une femme enceinte de 8 mois. Il vit se produire un frisson subit avec ascension thermique à 40°, suivi de sueurs profuses et enfin d'un abaissement rapide à 36° ;

4 heures après, un nouveau frisson se manifesta et la femme accoucha d'un enfant vivant.

Gusserow considère le frisson comme le phénomène initial, et les contractions utérines comme la conséquence de l'élévation subite de la température. Pour lui, la cause de cette manifestation fébrile n'en reste pas moins difficile à déterminer ; aussi signale-t-il le fait sans commentaires.

Nous agirons comme lui, non sans rappeler que nous n'avons rencontré ces symptômes que dans quelques cas, dont un particulièrement intéressant, au point de vue de la continuation de la grossesse, a été communiqué par Homolle à Vincent (1). Aussi allons-nous le rapporter.

Une jeune femme, enceinte de 4 mois 1½, a une fièvre typhoïde d'intensité moyenne à début brusque par un frisson. Du 5^e au 14^e jour, la température oscille entre 40° et 40°8. Le 16^e jour, la défervescence se fait le matin avec 37°2 de température ; le soir, la malade est prise d'un frisson avec ascension à 38°6. Le 17^e jour, elle a 36°2 le matin, et le soir un grand frisson avec 39°6 ; l'utérus est mou, et on craint un avortement. Le 19^e jour, 35°8 le matin ; le soir, ascension à 38° sans frisson. Le 20^e jour, apyrexie matin et soir, l'utérus est redevenu ferme, la menace de fausse couche est écartée, on entend parfaitement les battements de cœur fœtal, la malade guérit et la grossesse suit régulièrement son cours.

Il y a dans cette observation de Homolle une analogie parfaite avec les observations de Gusserow et de Wallich. Elle s'en distingue cependant par la disparition spontanée des frissons sans que l'avortement se soit produit, et sans qu'une température de 40° à 41°, pendant 10 jours, ait causé le moindre dommage au fœtus. Chose digne d'être notée, le frisson, dans ces quatre observations, survint sans cause connue, et on ne trouva ni complications pulmonaires, ni complications abdominales, ni abcès, ni érysypèle, et il n'y avait pas d'eschares. Nous ne croyons pas aller au-delà du domaine des

(1) Vincent, thèse Paris 1882.

hypothèses permises, en supposant que le frisson, ensemblable circonstance, annonce l'avortement. Mais, d'après l'observation d'Homolle, celui-ci ne serait pas fatal, et le clinicien dont l'attention aura été mise en éveil par l'apparition d'un frisson, sans cause connue, dans le cours de la fièvre typhoïde, pourra espérer prévenir ou même arrêter au moyen d'un traitement approprié le travail qui menace de se faire dans le sein maternel. Nous n'avons pas d'expérience personnelle, n'ayant point observé de frissons chez nos malades. Ce point encore obscur mérite donc d'attirer l'attention des observateurs. C'est ce qui nous a engagé à signaler ces faits.

C. Collapsus. — « Le Collapsus, dit encore Gusserow, n'est pas rare dans l'avortement, et la température s'est abaissée parfois jusqu'à 35° et même moins. Cette influence débilitante sera, on le comprend, d'autant plus marquée qu'il sera survenu des pertes de sang abondantes, ou que la malade parvenue à une phase avancée de l'affection se trouvera dans un état plus marqué d'adynamie. »

Les cas auxquels fait allusion Gusserow ne sont heureusement pas fréquents d'après notre statistique ; mais la possibilité du phénomène démontrée par ceux dont parle cet auteur, doit éveiller l'attention des cliniciens, autant pour la curiosité du fait que pour les indications thérapeutiques qu'un tel état doit suggérer.

Pathogénie de l'avortement et de l'accouchement prématuré

L'étude des causes de l'interruption de la grossesse par la fièvre typhoïde est des plus complexes. Les auteurs ont successivement accusé la fièvre typhoïde fœtale, l'endométrite, la congestion utérine, l'hyperthermie. Nous allons examiner ces diverses théories.

1° *Fièvre typhoïde fœtale.* — Hypothèse séduisante autrefois, parce qu'elle semblait reposer sur des descriptions nécroscopiques probantes (faits de Charcellay et de Manzoni), qui depuis ont été reconnues erronées ; séduisante actuellement encore, parce que cette

question soulève un point bien délicat, à savoir la possibilité du passage des éléments figurés, des microbes typhiques à travers l'organe utéro-placentaire. Quand même il serait bien établi que certains microbes peuvent passer (1), la preuve directe de ce passage manque encore pour la fièvre typhoïde. Gusserow n'a jamais, dans ses autopsies de fœtus nés avant terme, trouvé de lésions ni des intestins, ni de la rate, qui autorisent à affirmer que le fœtus a été atteint par la dothiéntérie. Et bien plus, si c'était une fièvre typhoïde fœtale qui déterminât l'avortement, nous ne comprendrions le fait que s'il était prouvé que le fœtus succombe d'abord à la maladie dans le sein de sa mère ; mort, il devient corps étranger et l'expulsion se produit ; mais qu'on se rappelle que sur 30 accouchements prématurés, 11 fois seulement l'enfant est arrivé mort au monde, tandis qu'il y a eu 19 enfants vivants. Ceci est une objection péremptoire et donne une grande force à l'opinion de Gusserow, qui nie la fièvre typhoïde fœtale.

2° *Endométrite hémorrhagique*. — Les faits qui ont servi de base à la conception de l'endométrite typhoïde sont ceux de Goltdammer, qui est le parrain de cette théorie. Zuelzer avait déjà observé des faits semblables, qu'il expliquait par une maladie de la muqueuse provoquant les métrorrhagies ; nous pouvons ajouter quelques cas de Liebermeister. Il est bien entendu que l'altération primitive de la muqueuse utérine n'est qu'hypothétique, qu'elle n'a jamais été constatée dans la fièvre typhoïde, qu'on a simplement supposé le fait, par analogie avec l'endométrite du choléra décrite par Stavjansky. Gusserow qui a fait des recherches pour élucider l'opinion de Goltdammer n'a jamais rencontré la lésion de l'endométrite typhique ; de sorte que sans contester les métrorrhagies observées par Goltdammer, nous refusons de les croire liées à une inflammation primitive de la muqueuse utérine. Ajoutons aussi que dans les

(1) Voir Chambrelent, thèse de Bordeaux 1881, pour le charbon, Senator cité par Gusserow pour le spirochoète de la fièvre récurrente.

accouchements prématurés Gusserow dit n'avoir jamais trouvé non plus de lésions des annexes fœtales, nouvelle preuve négative qui doit nous faire rejeter l'hypothèse de l'endométrite hémorrhagique.

3° *Congestion utérine. Epistaxis utérine.* — « Les faits d'avortement dans le cours des maladies fébriles aiguës, dit Gübler (1), sont susceptibles d'une double interprétation. Sans parler des maladies de l'œuf lui-même, l'expulsion de l'embryon ou du fœtus enfermé dans ses membranes peut être due, en effet, tout aussi bien à une contraction spasmodique, à une convulsion de la substance charnue de l'utérus qu'à une congestion vasculaire suivie d'exhalation sanguine. Dans la première hypothèse, l'hémorrhagie serait consécutive à la séparation du placenta par l'effort expulsif de la matrice convulsée, tandis que dans l'autre elle constituerait le phénomène primitif. Toutefois les analogies doivent faire admettre que, dans une proportion plus ou moins forte des cas, la série des actes qui aboutit à l'avortement débute par la fluxion hémorrhagique. »

Ici il ne s'agit pas d'une altération organique de la muqueuse utérine, mais simplement d'une fluxion active analogue aux fluxions qui se font sur la membrane de Schneider. Quelque séduisante que soit cette théorie, nous n'avons pas rencontré de faits qui puissent lui servir d'appoint, et au lieu de l'épistaxis utérine, nous avons simplement noté des épistaxis nasales ; les épistaxis utérines que l'on observe ne se produisent que chez les femmes qui ne sont pas enceintes.

4° *Hyperthermie.* — Nous arrivons à la théorie de l'hyperthermie.

Il y a quelques années Claude Bernard (2) exposa des animaux, dans une étuve, à une température variant entre 50 et 60 degrés, pour étudier l'influence sur l'organisme de la chaleur artificiellement élevée. Or, il plaçait ses animaux dans des conditions incompatibles avec la vie, il les surchauffait.

(1) Gübler, *Epistaxis utérines*, 1857.

(2) Voir ses *Leçons sur la chaleur animale*, 1876.

Telle est cependant la manière suivie par plusieurs des expérimentateurs qui ont cherché à étudier l'effet des hautes températures sur les femelles en gestation.

Runge (1) a institué, sous la direction de Leyden, une première série d'expériences sur des lapines pleines, et, comme condition principale de l'expérience, il a exposé les animaux à une température de 50 à 60°, dans l'étuve sèche ; c'était imiter Claude Bernard. Les femelles étaient brusquement introduites dans ce milieu ; elles n'y restaient que peu de temps, leur température s'élevait de 41° 5 à 42° ; on les retirait à temps de l'étuve pour leur faire l'opération césarienne, et toujours on trouvait les petits morts dans la matrice. Runge en conclut que l'hyperthermie tue les fœtus et il croit pouvoir en déduire que l'élévation thermique dans les pyrexies est le seul élément à considérer, que c'est elle qui tue les enfants et interrompt la grossesse.

Runge (2) a fait d'autres expériences sous la direction et à la clinique de Gusserow, et il a, suivant ce dernier, prouvé d'une manière irréfutable que chez les lapines, dont la température corporelle était maintenue plus de 24 heures à 40°, il se produisait spontanément des contractions utérines modérées, suivies de l'expulsion de petits morts, et parfois vivants. Quand cette température était ramenée à la normale, l'utérus conservait pendant quelque temps encore une irritabilité très-grande, si bien qu'une très-faible excitation, qui en temps ordinaire n'aurait eu aucune influence sur l'organe, provoquait ses contractions.

Dans la première série de ses expériences, Runge, en croyant simplement élever la température corporelle de ses animaux, les plongeait dans un milieu irrespirable ; il les asphyxiait bien plus qu'il ne leur donnait la fièvre expérimentale. Doré (3) dit parfaite-

(1) *Arch. f. Gynec.* 1877.

(2) *In Centralb. f. Gyn.*, 1880.

(3) Doré, *Thèse de Paris*, 1883.

ment à ce sujet : « Runge n'a pas, en effet, réuni les conditions ordinaires de la fièvre avec ses rémissions et ses exacerbations. Il n'a pas tenu compte de ce fait que les animaux n'équilibrent pas leur température par la transpiration cutanée ; qu'enfermés dans un air sec et chaud, ils accumulent le calorique ; que leurs centres nerveux s'échauffent aussi rapidement que les autres parties du corps ; et il n'en a pas déduit les conséquences qui pouvaient en résulter : troubles circulatoires, troubles nerveux susceptibles d'amener par eux-mêmes la mort du fœtus par des troubles vasculaires du côté du placenta, des contractions utérines, des épanchements sanguins inter-utéro-placentaires, des décollements du placenta, et enfin par la suppression brusque ou progressive de la circulation fœtale. »

Dans sa seconde série d'expériences, Runge n'éleva pas autant la température de l'étuve, puisqu'il put y laisser les femelles pendant 24 heures. Néanmoins ici encore ne se trouvent pas réunies les conditions ordinaires de la fièvre. On ne peut pas assimiler les animaux de Runge à des fébricitants. Conséquemment les résultats expérimentaux ne peuvent s'appliquer aux typhiques.

Néanmoins ces résultats confirmaient trop les idées théoriques admises depuis l'application de la thermométrie à l'étude des maladies fébriles ; ils satisfaisaient pleinement l'esprit des accoucheurs plus spécialement occupés des rapports de la grossesse avec les maladies fébriles.

Les recherches cliniques sur la fièvre typhoïde avaient d'ailleurs abouti à une conception fausse, suivant Peter, de la maladie. « On ne voyait dans la fièvre typhoïde que la fièvre ; dans la fièvre, que l'excès de chaleur ; et dans l'excès de chaleur, le seul et unique danger de la maladie (1). » En Allemagne, Wunderlich et Liebermeister avaient fait de l'hyperthermie un dogme qui passa en France, après les expériences de Claude Bernard.

(1) Peter, *Disc. à l'Acad. de Méd.*, Séance du 20 février 1833,

Cependant quelques cliniciens résistaient à l'entraînement général, et leur autorité jointe à celle des faits mieux observés, modifia des opinions préconçues. On apprit à moins redouter un ennemi que l'on connaissait mieux. Tout en tenant grand compte de la température élevée dans la maladie, on ne la regardait plus que comme l'expression d'une modalité particulière du système nerveux central régulateur de la température. L'hyperthermie descendait de son piédestal et on y élevait avec raison à sa place le système nerveux, qui règle toutes les fonctions organiques.

La crainte de l'hyperthermie continuait toutefois d'être l'apanage de tout sage obstétricien, tant il semblait définitivement établi qu'elle seule était digne de tenir le premier rôle dans l'interruption de la grossesse chez les fébricitantes.

« Le danger, disait Gusserow en 1880, est imminent chaque fois que la température atteint 40° : une température de 41° et de 41° 5, c'est la mort certaine de l'enfant. Une température de 39° ne devient dangereuse qu'autant qu'elle est persistante. De même, l'enfant peut supporter des températures de 40° et 40° 5, à condition qu'elles ne soient que passagères et interrompues par des rémissions de plus grande durée. Aussi peut-on formuler cette loi clinique, basée sur l'expérimentation : *Le danger pour l'enfant est proportionnel à l'élévation thermique et à la durée de cette influence.* »

Fiedler, Winckel, Georgi, n'avaient-ils pas établi que les battements du cœur fœtal augmentent dans une proportion régulièrement croissante, quand la température maternelle s'élève ? Ils en avaient conclu à l'influence directe de l'hyperthermie sur la vitalité du fœtus.

Et les thèses de Paris de Duguyot, de Vincent, de Rousseau, de Baratte et de Savidan, le traité d'accouchements de Charpentier, n'avaient qu'une conclusion, c'est que l'hyperthermie tuait le fœtus ou hâtait son expulsion.

Et cependant nous trouvions des faits positifs, où, dans la fièvre typhoïde, la grossesse continuait son cours, malgré les températures

les plus élevées ; c'est ainsi que certaines observations portent que le thermomètre a atteint pendant 5 à 9 jours 40° et 41°, sans nuire à l'enfant, sans interrompre la gestation : nous trouvons deux observations dans la thèse de Duguyot ; dans la première, où la fièvre typhoïde dura 4 septénaires, la température atteignit 39° 5 à 40°, et il n'y eut pas d'accouchement prématuré ; dans la seconde, la fièvre, après avoir duré 2 septénaires, la température s'élevant à 40°, fut suivie d'une rechûte avec 40° 8, sans menace d'avortement : il est vrai qu'il n'y eut presque pas de symptômes généraux pendant cette double évolution typhique.

Dans l'observation de Fiedler, où cet auteur étudie le parallélisme de la courbe du pouls fœtal avec celle de la température maternelle, la température dépasse plusieurs jours de suite 40° centigrades.

Baratte et Savidan rapportent deux observations où la température atteignit 40° sans produire l'avortement.

Vincent cite l'observation d'Homolle, où l'avortement ne se produit pas davantage, malgré une hyperthermie prolongée pendant neuf jours, la température oscillant entre 40° et 40°,8.

Martinet observe chez un de ses malades une température de 40°,8 à 41° pendant cinq jours consécutifs, et cependant la grossesse est conduite jusqu'à son terme.

Nous-même nous avons deux observations, l'observation VII et l'observation IX, toutes deux de la première série, la première tirée du service de M. le professeur V. Parisot, où la température oscille pendant six jours entre 39°,9 et 41° ; la seconde, communiquée par M. le docteur Lebon, où la fièvre dépasse, pendant six jours, 40°. La grossesse n'est troublée, pendant cette évolution hyperthermique, ni dans l'un ni dans l'autre cas ; dans ce dernier, la convalescence était établie quand éclatèrent des symptômes d'éclampsie qui furent suivis d'un accouchement prématuré.

Nous réunissons également quelques faits négatifs où l'avortement ou bien l'accouchement prématuré survenait en pleine apyrexie, au début de la convalescence. Le fait est bien établi dans deux obser-

vations de Martinet, dans une observation de Rousseau, dans deux des nôtres. Ici il n'est plus possible d'invoquer l'hyperthermie.

Et comme nous n'avons pas borné nos recherches à la seule fièvre typhoïde, nous avons trouvé des cas où l'hyperthermie était également bien supportée par la mère et par l'enfant, dans des maladies fébriles très dissemblables, fièvre intermittente, variole, etc.

Pour nous, dès lors, l'hyperthermie n'était pas la cause de l'interruption de la grossesse; et nous arrivions à cette opinion en nous basant sur des faits bien analysés.

Il ne manquait à ces données cliniques que la sanction de l'expérience.

C'est donc avec une véritable satisfaction que nous avons découvert les recherches expérimentales de Doléris et Doré, inspirées par Charpentier. Les résultats ont été communiqués à la Société de biologie dans sa séance du 21 juillet 1883 et, douze jours plus tard, Doré les reproduisait dans sa thèse du 2 août 1883. Ils contredisent tout-à-fait les conclusions que Runge a cru pouvoir tirer de ses expériences.

Voici comment ont procédé ces auteurs. Après avoir refait les expériences de Runge dans l'air surchauffé, sec ou humide, à 50° ou 60°, et avoir obtenu les mêmes résultats, ils placent leurs lapines dans une étuve chauffée entre 32 et 36 degrés, et chargée de vapeur d'eau. Comme ces animaux n'ont pas de transpiration cutanée, leur température rectale s'élève progressivement à 42° et 43°. Cinq femelles pleines, près de mettre bas, ont été placées quatre à six fois dans l'étuve, pendant un temps qui a varié de trois à huit heures; puis malades ou non, elles ont été reportées dans leur loge. Toutes se remirent; aucune n'avorta; elles firent toutes des petits bien vivants et à terme, bien qu'elles aient eu une fièvre expérimentale véritable avec rémission dans le temps qu'elles séjournaient hors de l'étuve.

Doré n'a pas la prétention d'avoir créé quelque chose qui puisse être comparé, chez ces animaux, à la fièvre typhoïde humaine. Mais au moins est-il en droit d'affirmer que la température élevée artifi-

ciellement à 42° ou 43° chez ses femelles en gestation, non-seulement n'a pas tué leurs petits, mais encore n'a pas davantage sollicité la contractilité utérine. L'hyperthermie n'est donc pas, par elle-même, mortelle pour les fœtus et n'est pas non plus une cause d'interruption de la gestation.

C'est ici, croyons-nous, le cas de rappeler notre statistique de la mortalité fœtale : sur 30 accouchements prématurés, 19 enfants sont venus au monde vivants, soit les deux tiers des enfants : cela ne serait pas, si l'hyperthermie était, comme le soutiennent certains auteurs, fatale au produit de la conception.

Nous ne voulons pas soutenir cependant que l'hyperthermie, dans la fièvre typhoïde, soit une quantité négligeable ; mais, pour nous, elle n'est qu'un symptôme, qu'une manifestation de l'état des centres spinaux régulateurs de la température. Sans doute, l'élévation de la température peut exister avec le cortège des autres symptômes graves de l'état typhoïde, et attirer de prime abord l'attention du clinicien sur cet état même. Mais parfois aussi elle peut exister seule, et alors on assiste à ces cas bizarres où la température oscille pendant huit à quinze jours entre 40° et 41° sans presque incommoder le malade.

Notre maître M. le professeur Bernheim nous a fait voir quelquefois des tracés thermiques élevés dans la fièvre typhoïde ou dans d'autres pyrexies ; les malades cependant n'avaient, en réalité, qu'une affection bénigne. M. le professeur Peter, à la séance de l'Académie de médecine du 20 février 1883, a rapporté 2 cas de fièvre typhoïde chez des adolescents, où la température oscille, chez le premier, pendant douze jours entre 40° et 41° ; chez le second, pendant quatorze jours entre 40° et 40°,8 ; toutefois, malgré cette hyperthermie, la maladie ne présente aucun symptôme alarmant. M. Peter en conclut que l'hyperthermie simple ne constitue pas le danger dans la fièvre typhoïde.

Les considérations qui précèdent nous obligent à admettre que l'hyperthermie de la fièvre typhoïde n'étant qu'un élément accessoire au même titre que les autres troubles engendrés par la maladie, on

ne peut revendiquer pour elle le premier rang dans la pathogénie de l'interruption de la grossesse et de la mortalité fœtale. Bien plus, à considérer les faits de près, l'influence de l'hyperthermie s'est montrée, dans bien des cas, nulle ou à peu près.

5° *Théorie personnelle.* — Nous venons de combattre successivement les théories de la fièvre typhoïde fœtale, de l'endométrite et de l'épistaxis utérine. Aucune n'est satisfaisante pour la majeure partie des cas. Quant à la théorie de l'hyperthermie, bien que soutenue par des esprits éminents, nous ne pouvons pas y souscrire, et nous croyons être plus dans le vrai en admettant la doctrine que nous allons exposer dans les considérations suivantes.

Voyons d'abord ce qui se passe dans la fièvre typhoïde : nous avons dans nos observations (voir le tableau général) deux séries de cas, ceux où le fœtus est mort et ceux où il naît vivant.

§ 1. — Dans le premier cas, la mort de l'enfant est antérieure au travail d'expulsion : nous croyons que la cause de cette mort doit être recherchée dans l'altération du sang maternel. En effet, c'est en l'absence de toute lésion utérine (décollement du placenta, maladie de la caduque), en dehors de l'hyperthermie, la seule cause rationnelle à invoquer.

Voici les modifications essentielles du sang dans la fièvre typhoïde, telles que nous les trouvons résumées dans l'article du dictionnaire de Jaccoud : « Les recherches d'Andral et Gavarret, de Becquerel et Rodier, de Chalvet, de Gautier, de Hoepffner et Robin, établissent que la fibrine diminue et que les globules sont moins détruits que dans d'autres maladies. Quinquaud a montré que l'hémoglobine diminue, mais dans une faible proportion ; mais que le pouvoir absorbant pour l'oxygène est notablement diminué. Aussi les matières extractives s'accumulent dans le sang par suite de l'imperfection des combustions organiques. Enfin, le sang contient moins d'acide carbonique (A. Robin). »

Ajoutons que le sang est de plus infectieux, puisque la fièvre typhoïde est une maladie infectieuse.

Les échanges au niveau du placenta sont incessants entre la mère et l'enfant : il n'est donc pas excessif d'admettre que dans de telles conditions les échanges devront être nuisibles à l'enfant. On sait qu'au niveau du placenta se fait un échange d'oxygène ; si le sang maternel voit diminuer son pouvoir absorbant pour l'oxygène, quand le globule sanguin passera à travers les vaisseaux utéro-placentaires, ou bien il ne fournira au sang fœtal qu'une quantité insuffisante d'oxygène, ou bien même, suivant une opinion généralement admise pour d'autres maladies que la fièvre typhoïde, il soutirera de l'oxygène à la masse du sang fœtal, plus riche sous ce rapport ; dans les deux cas, il se fera une désoxygénation qui rendra malade le fœtus, et même le fera périr, si la situation se prolonge. L'utérus s'en débarrassera ensuite comme d'un corps étranger.

La fièvre typhoïde étant infectieuse, nous compléterons notre pensée en disant que les échanges placentaires ne se bornent pas à cette désoxygénation, qu'il y a de plus apport au fœtus d'un sang infectieux, nouvelle cause de morbidité et de léthalité fœtale. Nous avons dit plus haut que l'on n'avait aucune autopsie positive de fœtus réellement atteint de fièvre typhoïde ; mais nous pouvons admettre que le sang maternel altéré par l'augmentation des matières extractives et de plus infectieux peut tuer l'enfant sans déterminer la fièvre typhoïde. La mort de l'enfant, en d'autres termes, est surtout une question d'échanges vicieux, l'enfant recevant non seulement un sang pauvre en oxygène et riche en matières extractives, mais encore un sang infectieux.

§ II. — Dans le second cas, la cause abortive n'a pas agi sur le fœtus, puisqu'il est vivant ; elle n'a pu exercer son action que sur la contractilité utérine. Or cette action pourra être directe et due à l'altération du sang. Brown-Séquard n'a-t-il pas démontré que la compression de la trachée provoquait des contractions utérines et l'avortement chez des chiennes pleines ? Que se passait-il ? La sténose trachéale artificielle gênait la respiration, troublait l'hématose et accumulait dans le sang de l'acide carbonique qui est un excitant des fibres musculaires lisses. Cette cause, sans doute, n'agit pas

dans tous les cas ; mais s'il y a altération broncho-pulmonaire, l'acide carbonique peut s'accumuler dans le sang des typhiques, et solliciter, à un moment donné, les contractions de l'utérus gravide.

Quant aux microbes, rien ne prouve qu'ils ont une action spéciale sur la fibre musculaire. Le plus souvent, selon nous, l'action sur la contractilité utérine est indirecte et s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux. L'appareil nerveux utérin est commandé par le centre génito-spinal, qui se trouve dans l'axe gris de la moelle épinière, en un point non encore déterminé dans l'espèce humaine, mais qui, chez le lapin, se trouve au niveau de la 4^e vertèbre lombaire (Budge), et chez le chien au-dessous de la 1^{re} vertèbre lombaire (Goltz). Or les troubles du système nerveux cérébro-spinal engendrés par la fièvre typhoïde réagissent sur tout l'organisme ; il n'est donc pas étonnant qu'ils exercent, chez la femme enceinte, leur influence de prédilection *in loco minoris resistentiæ*, sur cet appareil utérin si délicat, si facilement excitable. C'est là, pour nous, tout le secret de l'avortement et de l'accouchement prématuré, dans la fièvre typhoïde.



DEUXIÈME PARTIE

INFLUENCE DE LA GROSSESSE, DE L'AVORTEMENT, DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET DE L'ÉTAT PUERPÉRAL CRÉÉ PAR L'EXPULSION DU FŒTUS, SUR L'ÉVOLUTION NATURELLE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

La fièvre typhoïde est sans doute une maladie cyclique ; elle évolue généralement en 3 septénaires. Telle paraît être, du moins, sa marche naturelle, réserve faite des formes ébauchées ou abortives. Mais, outre que cette marche peut être modifiée par l'une ou l'autre des complications nombreuses de cette maladie, elle peut offrir différents aspects, suivant le degré d'intensité de l'une ou l'autre de ses formes symptomatiques les plus ordinaires, troubles intestinaux, thoraciques et cérébraux ; si bien qu'en dehors du type clinique schématique, qui se rencontre parfois, mais rarement dans toute sa pureté, il existe des types, variables à l'infini, qui, tout en se rapprochant du schéma, en diffèrent absolument pour l'un ou l'autre des motifs dont il vient d'être question. Etant donnée une fièvre continue, nous ne pouvons donc, dans les circonstances ordinaires, prévoir exactement sa durée, sa gravité, son allure particulière et surtout la raison de ces diverses modalités. Comment, dès lors, pourrions-nous juger ce qui, dans les cas de fièvre typhoïde avec grossesse, doit dépendre, d'une part, exclusivement du *modus faciendi* de la maladie infectieuse, et, d'autre part, de l'état gravidique, de l'avortement ou de l'accouchement prématuré ? Néanmoins, les auteurs qui se sont occupés de ce sujet ont donné leur opinion sur cette question si difficile, et, parmi leurs explications, nous chercherons à établir laquelle nous paraît la plus satisfaisante.

1° *Influence de la grossesse.* — La grossesse non suivie d'avortement ou d'accouchement prématuré a-t-elle une influence quelconque sur la fièvre typhoïde?

A. Sur la mortalité, cette influence est nulle, puisque sur 111 cas où, malgré la fièvre typhoïde, la grossesse a suivi son cours normal, nous n'avons trouvé qu'un seul cas de mort (observation IX, 1^{re} série), et encore, il s'agit d'une femme qui, après la fin de l'évolution fébrile, en pleine convalescence, en pleine apyrexie, a été prise d'éclampsie. Et de même que nous avons cru légitime d'attribuer l'accouchement prématuré, non à l'intoxication typhique, mais à l'éclampsie, de même nous regardons cette complication comme seule responsable de la mort de la typhoïsante.

B. En est-il de même quant à la gravité de la maladie? En comparant 33 observations, nous trouvons les chiffres suivants : formes légères, 16 cas ; formes de gravité moyenne, 11 cas ; formes graves, 6 cas.

Ces chiffres montrent que la grossesse n'a aucune influence fâcheuse, en dehors de l'avortement, sur le cours de la fièvre typhoïde.

2° *Influence de l'avortement.* — Quant à l'avortement, il peut se compliquer, dans un certain nombre de cas, d'accidents particuliers. Il n'est pas rare de voir, après l'avortement ordinaire, les femmes tomber dans un certain degré d'irritabilité nerveuse, ou dans un état de langueur causé par des pertes considérables ou répétées. Si ces conditions se réalisent au moment où évolue la fièvre typhoïde, la femme peut présenter, de par l'augmentation de l'irritabilité de son système nerveux, une tendance à l'ataxie ou à l'ataxo-adynergie. De même, des pertes considérables avant, pendant ou après l'avortement, en créant un état d'anémie aiguë, prédisposent à l'adynergie et augmentent, en tout cas, la prostration de la malade.

En dehors de ces complications, l'avortement produit dans l'organisme une secousse, qui peut être favorable ou défavorable, suivant la disposition de l'esprit de la femme. Dès lors, nous pouvons ad-

mettre théoriquement que l'avortement pourra modifier en bien ou en mal l'évolution de la fièvre typhoïde ; mais, en pratique, c'est chose très difficile à établir pour les raisons que nous avons données plus haut. La statistique de la mortalité des mères peut, jusqu'à un certain point, montrer l'influence de l'avortement sur la fièvre typhoïde. Sur 77 avortements réunis dans notre tableau statistique, 18 femmes sont mortes, soit une proportion de 23 pour 100 des cas. Sur 6 avortements de notre statistique personnelle, une femme a succombé, soit une proportion de 16,6 pour 100 des cas.

Ainsi, la mortalité varierait entre 16,6 pour 100 et 23 pour 100 : ce dernier chiffre est au-dessus de la moyenne de Jaccoud, qui, basée sur 80.000 cas, s'élève à 20 pour 100. Mais, si nous jetons un coup d'œil sur le tableau, nous voyons que Goltdammer a une mortalité de 7 sur 17, ce qui équivaut à une proportion de 41 pour 100. Or cet auteur a eu affaire à des cas particulièrement graves avec hémorrhagies, tels que les autres auteurs cités n'en ont pas observés. Il a même, à propos de ces cas, imaginé l'hypothèse d'une endométrite hémorrhagique de nature typhique, cause de l'avortement. Si donc nous retranchons de notre statistique générale les cas de Goltdammer et si nous y maintenons les nôtres, nous avons 60 avortements avec une mortalité de 11 femmes, ce qui fait une proportion plus exacte et surtout moins forte de 18 pour cent, qui ne constitue pas un chiffre supérieur à celui de la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde.

Mais nous serions incomplet, si nous tenions exclusivement compte de la mortalité ; et comme, dans un certain nombre de cas, la maladie a parfois été grave après l'avortement, nous avons donc dû rechercher quelle était la gravité de la maladie dans 22 cas où l'observation était suffisamment détaillée. Or, voici ce que nous avons trouvé :

3	fois l'évolution a été bénigne	
5	»	» de gravité moyenne
8	»	» grave
6	»	s'est terminée par la mort (mortalité 20, 6 0/0.)
Total....	22 cas.	

Cette statistique a besoin d'être interprétée ; si la maladie s'était aggravée du fait de l'avortement, la statistique dirait juste le contraire de ce que nous voulons en tirer. Encore une fois, nous répétons que, dans les cas graves et mortels que nous venons de rapporter, il ne nous a pas paru que l'évolution typhique eût reçu une impulsion fâcheuse de l'avortement ; il n'y a eu ni métrorrhagie, ni ébranlement nerveux, ni lésion des organes génitaux, complications possibles de l'avortement et qui peuvent aggraver l'état de la malade. Cela étant posé, nous nous bornerons à faire remarquer que, 8 fois sur 22, l'évolution de la fièvre typhoïde est restée, ou bénigne, ou de gravité moyenne ; dans ces 8 cas, il est donc évident que la maladie typhoïde n'a reçu aucune impulsion fâcheuse du fait de l'avortement. Nous n'avons pas besoin d'en dire davantage pour conclure que l'avortement ne provoque pas par lui-même la gravité de l'évolution typhique.

Quelle est l'opinion des auteurs sur cette question ? Griesinger admet que la fièvre typhoïde doit recevoir une impulsion fâcheuse du fait de l'avortement et doit, ou se prolonger, ou aboutir à une issue fatale. Sans doute, la femme qui a avorté se trouve placée dans des conditions nouvelles qui créent une fâcheuse prédisposition de la morbidité. C'est la conséquence de l'état puerpéral dans lequel elle se trouve brusquement placée par le fait de l'avortement. Aussi on comprend que cette complication redouble les inquiétudes du médecin qui voit à la gravité de la fièvre typhoïde s'ajouter l'influence particulière de l'état puerpéral. Ces craintes nous l'avons montré, ne sont pas justifiées.

Cazeaux pense que la fièvre, loin de recevoir de l'état puerpéral une influence fâcheuse, serait au contraire moins grave que dans les circonstances ordinaires de la vie. Martinet tout récemment donne pleinement raison à Cazeaux, et nous-même, nous avons constaté que la mortalité dans la fièvre typhoïde compliquée d'avortement, n'est pas plus élevée que celle de la fièvre typhoïde en dehors de la grossesse. Nous avons vu, sans doute, des cas où la

fièvre typhoïde a conservé son allure grave après l'interruption de la grossesse, et même a été suivie de la mort de la femme ; mais il en est d'autres plus nombreux où, après l'expulsion du fœtus, la maladie a évolué sans gravité aucune et souvent avec une bénignité très-remarquable. Ce n'est pas ce que pense M. le professeur Stoltz, « Le travail d'expulsion et la perte de sang qui l'accompagne et le suit, deviennent, dit-il, une source d'épuisement de forces ; aussi est-ce presque toujours peu de temps après l'accouchement que la femme succombe. Quelquefois, mais plus rarement, l'avortement ou l'accouchement prématuré devient un événement heureux, une véritable crise, à la suite de laquelle se déclare la convalescence. »

3^o *Influence de l'accouchement prématuré.* — Nous ne voulons pas répéter ici ce que nous avons dit des suites de l'avortement, et qui peut également s'appliquer à l'accouchement prématuré. Nous nous bornerons à établir la statistique de la mortalité des femmes chez lesquelles l'interruption de la grossesse s'est faite dans les 3 derniers mois de la grossesse. Notre tableau général montre qu'il y a 6 femmes mortes sur 32 accouchées prématurément, soit une proportion de 18,75 pour 100, c'est à-dire sensiblement la même que dans l'avortement. La mortalité typhique, dans l'accouchement prématuré, n'est donc pas non plus supérieure à la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde ordinaire.

Mais, comme nous l'avons fait pour l'avortement, nous devons tenir compte de la gravité de la fièvre typhoïde dans les cas d'accouchement prématuré. Et voici ce que nous apprennent nos observations, unies à celles des auteurs :

Dans 14 cas, la fièvre typhoïde a été bénigne	1 fois
— de gravité moyenne	7 —
— grave	4 —
— mortelle	2 —
(mortalité 14 0/0.)	

Cette statistique est numériquement faible ; mais enfin, telle qu'elle est, nous pouvons en conclure que l'accouchement prématuré

n'augmente pas la gravité de la fièvre typhoïde, puisque 8 fois sur 14 le processus typhique a été normal, c'est-à-dire, a duré 3 septénaires et même moins.

4° *Coïncidence de l'infection puerpérale et de la fièvre typhoïde.*

— Breslau, Hecker, Gusserow et Frænkel ont rapporté quelques faits où la fièvre typhoïde se complique de septicémie puerpérale. Voici le résumé de l'observation de Gusserow :

Une jeune femme, enceinte de trois mois et demi, avorte dans le cours du troisième septénaire d'une fièvre typhoïde bénigne; elle est amenée à la Maternité et ne tarde pas à présenter les symptômes de la septicémie puerpérale. Elle a de la tuméfaction des organes génitaux externes, et un écoulement lochial très fétide et abondant. L'utérus augmente de volume et devient très douloureux; le ventre se ballonne et des symptômes de péritonite généralisée se déclarent. La malade succombe au milieu d'un état typhoïde qui s'est manifestement aggravé après l'avortement. A l'autopsie, outre les lésions typhiques de l'intestin, gonflement, ulcérations et eschares des plaques de Peyer, Gusserow trouve une métrô-péritonite puerpérale; l'utérus, augmenté de volume, contient un liquide sanieux brunâtre, et l'insertion du placenta présente un aspect également brunâtre et gangréneux. La cavité péritonéale contient des fausses membranes et du pus; mais il n'existe pas de perforation intestinale, et on peut établir nettement que la péritonite a débuté dans l'excavation pelvienne autour de l'utérus et de ses annexes, dans le cul-de-sac de Douglas qui contenait une exsudation tout-à-fait purulente. Petites ecchymoses sous les plèvres.

Gusserow pense que le pronostic de l'avortement est rendu menaçant par ce fait que les femmes atteintes de la fièvre typhoïde sont plus aptes que les autres à contracter la septicémie puerpérale. Le fait de Gusserow et les quelques autres de Breslau, Hecker et Frænkel sont restés heureusement isolés dans les annales de la science; et ni nos observations ni celles des autres auteurs ne mentionnent cette grave complication. C'est, sans doute, parce qu'il est très rare que les typhiques soient recueillies dans des salles où peut éclater la fièvre puerpérale. Dans les salles ordinaires où se trouvent réunies les diverses maladies, les conditions nécessaires au dévelop-

pement du microbe puerpéral font défaut. Aussi, loin de nous étonner avec Martinet que les femmes soient restées indemnes de la septicémie puerpérale, alors qu'elles avaient avorté dans un milieu septique, dans une salle d'hôpital où, sur 40 malades, il s'en trouvait 20 à 25 atteintes de fièvre typhoïde, quelques-unes avec de profondes eschares ou des abcès sous-cutanés en pleine suppuration, nous croyons que la cause de cette immunité des typhoïsantes, à l'égard des accidents puerpéraux, réside dans ce fait qu'elles n'ont pas été exposées à l'inoculation du microbe spécial de l'infection puerpérale.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1^o *Dans l'état de gravidité.* — Il s'agit de sauver à la fois deux existences, la mère et le produit de la conception. Il faut laisser à certains idéologues allemands, guidés par des considérations plus ou moins théoriques, l'idée absurde de provoquer l'avortement pour diminuer les chances de mortalité chez la mère. Du reste, Gusserow prend la peine de relever cette erreur qu'il qualifie de tentative coupable, toutes les observations montrant que la continuation de la grossesse n'est nullement défavorable à la typhoïsante, et que l'avortement n'est pas du tout le signal certain d'une diminution de la gravité typhoïde. Non-seulement il ne faut pas provoquer l'expulsion du fœtus, mais encore il faut se garder de toute intervention thérapeutique qui pourrait être nuisible au produit de la conception : *primum non nocere*. Or, parmi les agents qui sont dirigés contre la fièvre typhoïde, les uns s'adressent à la fièvre elle-même, les autres à ses complications.

Nous ne croyons pas que l'emploi judicieux du sulfate de quinine, à dose modérée, 0 gr. 80 à 1 gramme, soit continué pendant un certain nombre de jours, soit donné en séries successives avec intervalles, puisse déterminer des contractions utérines et provoquer l'avortement. Mais l'administration de fortes doses peut être suivie de cet accident. Nous avons lu un certain nombre d'observations où,

malgré la quinine employée à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme pendant deux à six jours, la grossesse a continué son cours. Toutefois, dans quelques cas, l'avortement a eu lieu le lendemain de l'administration d'une forte dose de sulfate de quinine, et rien ne prouve que ces doses élevées n'aient pas mis en jeu l'excitabilité réflexe de l'utérus gravide, qui y est prédisposé par le seul fait de la fièvre typhoïde.

Nous dirons la même chose des autres antipyrétiques; nous réprouvons l'administration de doses considérables d'acide salicylique et de salicylate de soude. Quant à l'ergotine, deux choses sont à considérer. D'une part, elle a été donnée comme vaso-moteur par un médecin de Pau, le docteur Duboué; cette méthode, préconisée comme excellente par son auteur, a eu en peu de temps le sort de bien des méthodes spécifiques de la fièvre typhoïde. Cependant elle peut être appliquée au traitement des congestions hypostatiques (Huchard) et à celui des hémorrhagies intestinales graves. Dans ces dernières circonstances, on peut craindre de provoquer l'expulsion du fœtus. Cette considération est très respectable; mais comme l'ergotine peut être, dans certains cas, le seul remède capable d'arrêter les hémorrhagies, on doit passer outre au danger que cette médication peut faire courir au fœtus, et, avant tout, chercher à sauver la mère.

Examinons maintenant le traitement par la méthode de Brand. De l'aveu de ses partisans, chez les femmes grosses comme dans les autres circonstances, il ferait merveille. Mais il ne présente pas la moindre garantie contre l'avortement; nous n'en voulons pour preuve que la statistique de Brand, qui a perdu 3 femmes seulement sur 20, mais qui a vu 16 femmes avorter, soit 80 pour 100, au lieu de 66 pour 100, comme dans notre statistique générale. Humbert-Mollière, de Lyon, a vu, sur 3 femmes traitées par la même méthode, deux avortements et une seule continuation de grossesse. Il est vrai qu'on ne nous dit pas si l'avortement s'est produit avant l'emploi de l'eau froide. Mais si Brand a été fidèle à ses propres

prescriptions, il a dû plonger ses malades dans l'eau froide dès le début de la fièvre typhoïde, et alors nous pouvons conclure que si l'eau a été favorable aux mères, ainsi que le pense Brand, en revanche elle n'a pas été bien avantageuse pour les enfants.

N'oublions d'ailleurs pas que les bains froids provoquent des congestions internes ; nous préférons employer contre les accidents nerveux les bains tièdes, les lotions froides.

2° *Après l'expulsion du produit de la conception.* — Une fois le fœtus expulsé, à part l'état puerpéral qui a ses indications ici comme ailleurs et doit être traité surtout par l'antiseptie la plus rigoureuse, tant préventive que directe (isolement des femmes, loin de tout milieu infectieux, désinfection des organes génitaux par les injections antiseptiques), il faut traiter la femme non-seulement comme une typhoïsante simple, mais prévenir les complications spéciales à l'avortement, empêcher le collapsus, l'état d'ataxie ou d'ataxo-adynergie, et cette indication sera remplie par l'administration des toniques et des stimulants, arrêter les hémorrhagies par l'ergotine ou le tamponnement, et, s'il y a lieu, comme dans notre observation III, 2^e série, par l'extraction du placenta adhérent.

Voilà tout ce que nous suggère la thérapeutique des typhoïsantes enceintes ou débarrassées de leur fruit. Nous ne sommes partisans d'aucune méthode spéciale de traitement ; nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de refroidir à outrance ceux qui brûlent, par l'eau froide et les antipyrétiques, ni de désinfecter l'organisme par les antiseptiques tels que l'acide salicylique, l'acide phénique et les autres agents qui doivent tuer le microbe, et parmi lesquels nous pourrions même compter le sulfate de quinine, si nous en croyons certain clinicien des plus recommandables (1). Convaincu que le mal réside dans la prostration du système nerveux, nous nous efforcerons de tonifier nos malades, de les alimenter ; et contre l'ataxie

(1) Pécholier, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1885.

ou l'ataxo-adynergie, nous emploierons, non les bains froids de 18° à 20°, mais les bains tièdes, qui ont cette double vertu de calmer les agités et de stimuler ceux qui sont prostrés. Quant aux complications dues à l'exagération de certains symptômes, leur traitement sera employé conjointement au traitement fondamental de la fièvre typhoïde.

CONCLUSIONS

1° La fièvre typhoïde chez les femmes enceintes n'est rare qu'en apparence, et la grossesse ne leur confère aucune immunité, même relative.

2° La fièvre typhoïde est sans influence sur la grossesse, et celle-ci continue son cours régulier dans le tiers des cas, plus fréquemment dans les cas légers que dans les cas graves.

3° La fièvre typhoïde interrompt le cours de la grossesse dans les deux tiers des cas.

4° L'avortement est plus fréquent que l'accouchement prématuré, peut-être parce que la fièvre typhoïde est plus rare chez les femmes qui sont dans les trois derniers mois de la grossesse, que chez celles qui sont dans les six premiers.

5° L'avortement est surtout fréquent aux 3^e, 4^e et 5^e mois, et dans le cours du 2^e septénaire.

6° L'accouchement prématuré est plus fréquent au 7^e et 8^e mois qu'au 9^e ; comme l'avortement, il survient surtout au 2^e septénaire ; la mortalité des enfants est dans le rapport de 2/3 ou 66 pour 100.

7° L'avortement dans la fièvre typhoïde peut parfois se compliquer de métrorrhagies ; dans quelques cas, il a été précédé de frissons avec fièvre passagère.

8° La fièvre typhoïde détermine l'expulsion du fœtus par un mécanisme complexe.

L'hyperthermie, regardée par la plupart des expérimentateurs et des cliniciens comme la seule cause de l'avortement et de l'accouchement prématuré ainsi que de la mort du fœtus, n'a qu'une influence nulle sur l'utérus gravide et son contenu. Dans les cas où le

foetus meurt dans le sein maternel avant l'expulsion, nous croyons pouvoir attribuer la mort aux troubles des échanges nutritifs inter-utéro-placentaires, et surtout à une désoxygénation du sang fœtal. Dans les cas où le foetus est expulsé vivant, nous croyons que les contractions utérines ont été mises en jeu primitivement, soit par l'action directe sur les fibres musculaires lisses du sang altéré, soit indirectement par l'excitation de l'appareil nerveux utérin influencé, comme les autres appareils organiques, par l'atteinte que la fièvre typhoïde porte au système nerveux cérébro-spinal.

9° La fièvre typhoïde est peu influencée par la grossesse seule ; l'avortement ou l'accouchement prématuré ne paraissent augmenter ni la gravité, ni la mortalité de la fièvre typhoïde.

10° Il est absolument exceptionnel de voir la fièvre puerpérale compliquer la fièvre typhoïde.

11° Les indications thérapeutiques chez la thyphoïsante varient suivant que la grossesse continue son cours ou a été interrompue. Dans le premier cas, tout en traitant la mère, il ne faut pas nuire à l'enfant ; dans le second, au traitement ordinaire sera joint le traitement des suites de couches.

OBSERVATIONS

Nos observations sont au nombre de 18; nous les divisons en deux séries.

La première comprend les cas dans lesquels la fièvre typhoïde n'a pas interrompu le cours de la grossesse; ils sont au nombre de 10.

La seconde renferme les cas où il y a eu soit avortement, soit accouchement prématuré; nous en avons réunis 8.

1^{re} Série.

Elle comprend 10 cas, dont 8 se rapportent à des femmes enceintes de 1 à 6 mois, dont 2 ont trait à des grossesses ayant dépassé le 6^me mois.

A. — *Grossesse des 6 premiers mois* — 8 cas.

**Obs. I. — Communiquée par le docteur Lebon. — Epidémie de Liverdun 1883.
Grossesse de 4 semaines. — Fièvre de moyenne gravité.**

M^{me} H..., 29 ans, d'un tempérament lymphatique, a eu ses dernières règles le 4 novembre 1883. Le 1^{er} décembre, elle est prise de céphalalgie, de vertiges, d'inappétence et de constipation.

Le 6 décembre, épistaxis, quelques selles diarrhéiques.

La malade s'alite le 8 décembre.

Le 11, température du soir 39° 5, pouls 116. Céphalalgie, bourdonnements d'oreille. Langue blanche, sèche; anorexie; gargouillement dans la fosse iliaque droite; trois selles diarrhéiques fétides. Quelques taches rosées. Quelques ronchus disséminés. Ce sont, avec un certain degré de prostration, les symptômes de la fièvre typhoïde. De plus les règles ne sont pas revenues, et le docteur Lebon diagnostique que la malade est enceinte de 4 semaines environ. Néanmoins, pendant l'évolution fébrile qui dure 25 jours sans compli-

cation et qui présente le type d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, on ne constate aucune menace d'avortement. La convalescence reste apyrétique et sans complication dans les premiers jours. Puis le 4 janvier, la malade éprouve quelques maux de reins et douleurs dans le bas-ventre et à la racine des cuisses. Celles-ci persistent le lendemain, et déjà la femme croit qu'elle va avorter ; mais le col reste fermé. Le repos au lit le plus absolu est prescrit ; et tout symptôme alarmant cesse au bout de quelques jours.

**Obs. II. — Communiquée par le docteur Lebon. — Epidémie de Liverdun 1883.
Grossesse de 5 semaines. — Fièvre légère.**

M^{me} D..., 25 ans, mère d'un enfant âgé de 2 ans et demi, est atteinte de fièvre typhoïde dont le début remonte au 9 décembre : elle se trouve à ce moment enceinte de 5 semaines.

L'évolution de la maladie montre qu'on a affaire à une fièvre typhoïde légère : aucune complication ne se produit ; la température ne s'élève pas au-dessus de 39° 6 le soir, et la défervescence commencée le 13^e jour, ainsi que le montre le tracé recueilli par le docteur Lebon, s'achève le 17^e jour de la maladie, c'est-à-dire le 26 décembre.

Cette fièvre, d'une durée de 2 septénaires, n'a pas troublé la grossesse ; cependant le 15 décembre, 6^e jour de l'affection typhique, la malade crut qu'elle allait avorter : elle avait été prise de douleurs lombaires qui se dissipèrent dans la soirée ; ces douleurs reparurent encore le 20 décembre. Il nous faut dire que la malade est restée levée, et a continué à vaquer aux soins de son ménage jusqu'au 21 décembre, 12^e jour de la maladie.

Nous avons écrit à Liverdun, et nous avons appris par le secrétaire de la Mairie que M^{me} D. avait accouché le 17 juillet 1884 d'un garçon, qui vit encore actuellement. Ceci démontre l'exactitude du diagnostic de la grossesse par le docteur Lebon.

Obs. III. — Communiquée par le docteur Lebon. — Epidémie de Liverdun, 1883. — Grossesse de 3 mois. — Fièvre de moyenne gravité

M^{me} S..., 28 ans, mère de deux enfants. Femme très nerveuse, caractère capricieux, pas de maladies antérieures. Dernière époque menstruelle au commencement d'octobre 1883. Début de la fièvre typhoïde, le 12 décembre, au 3^e mois de la grossesse, par frisson, malaise, constipation.

Le 17 décembre, céphalalgie, dégoût pour les aliments, langue blanche, rouge sur les bords. La température varie entre 38° le matin et 39° le soir, le pouls oscille entre 88 et 100.

Le 22. Epistaxis légère le matin au moment d'un effort de vomissement. Ventre souple avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. La malade vomit presque tout ce qu'elle prend et est constipée : le 23, elle a une selle abondante à la suite d'un lavement. Le 24, 28°3, s. 39°; P. de 104 à 108. Les vomissements cessent, mais la malade se plaint de douleurs abdominales, de maux de reins depuis le matin, qui font un moment craindre un avortement. Mais le soir ces douleurs cessent pour reparaitre et cesser définitivement le 27 décembre. Quelques vomissements se produisent encore jusqu'au 2 janvier avec un peu de constipation, et la malade entre en convalescence sans autre complication, le 3 janvier, 22^e jour de la maladie, dont la durée n'a pas dépassé 3 septénaires.

Obs. IV. — Recueillie à l'hôpital civil, dans le service de M. le professeur Bernheim. — Grossesse de 4 mois. — Fièvre de moyenne gravité.

M. E..., domestique, 26 ans, salle 13, lit n° 3. La malade demeure à Nancy depuis 4 ans et demi. Enceinte de 4 mois, elle jouissait d'une bonne santé. Début de l'affection, le 22 octobre, par frissons, céphalalgie, vertiges et nausées, bourdonnements d'oreilles, rêvasseries nocturnes, insomnie, douleur abdominale et diarrhée abondante. Le 6 novembre, il y a des taches rosées, 4 selles diarrhéiques, un peu de météorisme : T. $\frac{40^{\circ}4}{38^{\circ}8}$, P. $\frac{124}{116}$; la respiration est normale ; il n'y a que quelques sibilances disséminées, qui se généralisent le 11 novembre. Le 21^e jour, la température qui a oscillé entre 39° et 40°, tombe à 38° et à 37°6; puis le 22^e jour, il y a une recrudescence qui marque le commencement d'une défervescence en lysis terminée au commencement du 5^e septénaire, le 29^e jour de la maladie, le 18 novembre. La convalescence est en bonne voie et l'appétit est revenu. Guérison et continuation de la grossesse.

A aucun moment de l'évolution typhique, il n'y a eu de menace d'avortement.

Obs. V. — Communiquée par le docteur Friot, de Nancy. — Grossesse de 5 mois. — Fièvre de moyenne gravité.

M^{me} L..., 24 ans, enceinte de 5 mois et ayant déjà eu une première grossesse terminée heureusement, est prise le 10 juillet 1884 de fièvre typhoïde. La maladie est confirmée le 10^e jour où l'on note une légère épistaxis, des taches rosées, quelques selles diarrhéiques et du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La température est $\frac{39^{\circ}4 \text{ le matin.}}{39^{\circ}8 \text{ le soir.}}$

Traitement : lotions froides sur les membres toutes les heures ; compresses d'eau froide sur l'abdomen ; extrait de quinquina, 4 gr. en potion. Du 20 au 31 juillet, la température oscille entre $38^{\circ}3$ et $39^{\circ}4$ le matin, entre $39^{\circ}2$ et $39^{\circ}8$ le soir. Il y a parfois du subdélire la nuit ; des vomissements apparus le 1^{er} août se sont dissipés à la suite d'ingestion de champagne et de glace. A partir du 2 août, la température s'abaisse ; l'apyrexie n'est parfaite que le 17 août, 47^e jour de la maladie.

La convalescence a été longue. Néanmoins la malade finit par pouvoir sortir le 7 septembre. Le 8 décembre, elle est prise des douleurs de l'enfante-ment, et accouche heureusement d'un garçon pesant 3,400 grammes. Bien que la température se soit élevée parfois jusqu'à $39^{\circ}8$, l'hyperthermie n'a nullement nui au fœtus.

Obs. VI. — Recueillie à la Maternité de Nancy, service de M. le professeur Herrgott, et à la clinique de M. le professeur Bernheim. — Grossesse de 5 mois. — Fièvre légère.

L. H..., 21 ans, domestique, primipare, salle Saint-Alexis 5, à la Maternité. Enceinte au 5^e mois (dernière époque le 14 mars 1883 ; premiers mouvements le 1^{er} août). Début de la fièvre typhoïde le 8 août, par des frissons, de la céphalalgie frontale, de l'insomnie, de la lassitude générale et des bourdonnements d'oreille. Pas d'épistaxis, mais diarrhée assez abondante et anorexie.

Le 15 août (8^e jour), l'intelligence est nette, la température peu élevée de $37^{\circ}8$ à $38^{\circ}4$; légère sensibilité à la pression de la région ombilicale ; absence de taches rosées. L'utérus s'élève à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic ; on n'entend pas de battements redoublés.

La fièvre continue évolue légèrement au point de vue de l'hyperthermie, qui est nulle le matin et atteint 39° le soir. Les symptômes prédominants sont la persistance de l'insomnie, de la céphalalgie et de la diarrhée (5 à 8 selles par jour).

Traitement : on administre le sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 50 les les 18, 19, 20 et 21 août dans la soirée (11^e, 12^e, 13^e, et 14^e jour de la maladie.)

Le 22, la malade ayant encore $38^{\circ}5$ le soir et seulement $36^{\circ}8$ le matin, avec 96 de pouls, est évacuée à l'hôpital Saint-Charles. Au bout de 3 ou 4 jours, l'apyrexie est complète. La convalescence s'établit, et la malade guérit : la grossesse poursuit son cours.

Obs. VII. — Recueillie dans le service de M. le prof. Parisot. — Grossesse au 5^e mois. — Gravité moyenne. — Pas d'avortement malgré l'hyperthermie.

Femme X..., ouvrière dans une fabrique de chapeaux de paille, âgée de 35 ans, mère de deux enfants vivants, habite Nancy depuis 6 ans, mais n'a

jamais eu la fièvre typhoïde. Enceinte de près de 5 mois, jouissait d'une bonne santé habituelle, quand le 7 mai 1885 elle ressentit les premiers malaises, suivis immédiatement des symptômes du début de la fièvre typhoïde.

Le 18 mai, 12^e jour de la maladie, à son entrée à l'hôpital civil, salle 14, lit n^o 5, elle se trouve très-abattue, répondant mal aux questions, ayant un léger tremblement des lèvres. On trouve des taches rosées assez nombreuses sur le thorax et l'abdomen, le ventre est un peu météorisé, et la malade a depuis plusieurs jours quelques selles diarrhéiques jaunes. Dans la soirée, le pouls est très-fréquent : 160 P. par minute ; la température est voisine de 41° ; il y a peu de symptômes du côté de la poitrine. Le fond de la matrice s'élève jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

En raison de l'hyperthermie présentée par la malade, nous donnons ici les chiffres de la température et du pouls.

18 mai, T.s. 40°8	25 mai, T.m. 38°6
19 mai, T.m. 39°9	— T.s. 39°4
— T.s. 40°5	26 mai, T.m. 38°2
20 mai, T.m. 39°4	— T.s. 38°3
— T.s. 41°	27 mai, T.m. 38°
21 mai, T.m. 39°	— T.s. 39°
— T.s. 40°4	28 mai, T.m. 37°
22 mai, T.m. 39°	— T.s. 38°4
— T.s. 40°6	29 mai, T.m. 37°8
23 mai, T.m. 40°	— T.s. 38°8
— T.s. 40°4	30 mai, T.m. 37°8
24 mai, T.m. 38°4	— T.s. 38°2
— T.s. 39°6	31 mai, T.m. 37°2
	(25 ^{me} jour) — T.s. 37°6 apyrexie.

Les battements redoublés du fœtus n'étaient pas perceptibles, sans quoi on eût pu contrôler les recherches de Fiedler sur le parallélisme de la courbe du pouls fœtal et de la courbe de la température de la mère.

Du 20 au 23 inclusivement, la malade a du subdélire la nuit, de la somnolence dans la journée, le pouls est au-dessus de 120, la langue sèche et fuligineuse ; mais il n'y a pas de symptômes intestinaux ni thoraciques.

Le 24, on croit à des contractions utérines, la malade se plaignant de douleurs dans le bas-ventre ; mais elle est constipée et ne va à la selle que le 25, à la suite de plusieurs lavements ; les selles sont moulées, il y a de l'amélioration dans l'état typhoïde. — Le 26, nouvelles douleurs dans le bas-ventre ; on craint de nouveau un avortement ; mais un lavement a raison de ces symptômes. Un certain état d'abattement persiste encore le 29, malgré la

netteté de la défervescence. Celle-ci est terminée le 31 mai, 25^e jour de la maladie, et l'apyrexie se maintient, sauf une petite poussée passagère due à la *febris carnis* dans la soirée du 5 juin, jour où la malade a mangé un peu de viande. La malade guérit et la grossesse continue son cours régulier.

En résumé, voici une femme qui a eu une fièvre continue de gravité moyenne, avec état typhoïde sans autre complication que de l'hyperthermie, qui ne put être observée que pendant un laps de temps de 6 jours, mais qui a parfaitement pu dater du début de la période d'état. Or, malgré une élévation thermique oscillant sous nos yeux pendant 6 jours entre 40° et 41°, la femme n'a point avorté, et son enfant n'a point souffert de ces hautes températures. Ce fait peut diminuer l'autorité des résultats publiés par un grand nombre d'auteurs, résultats cliniques aussi bien qu'expérimentaux, et montrer que l'hyperthermie n'est pas tout dans l'avortement, de même qu'il est actuellement admis par les meilleurs cliniciens français, parmi lesquels nous citerons Messieurs les Professeurs Peter, Jaccoud, Bernheim, que l'hyperthermie n'est pas tout dans la fièvre typhoïde, dogme admis depuis Brand par l'école allemande et un certain nombre de médecins lyonnais.

Obs. VIII. — Communiquée par le docteur Lebon. — Epidémie de Liverdun

1883. — Grossesse de 6 mois. — Fièvre légère. — Rechûte légère.

M^{me} L..., 24 ans, est enceinte de 6 mois, lorsque le 2 décembre elle est prise de céphalalgie, d'inappétence, de douleurs abdominales avec constipation qui se prolonge pendant 4 jours ; puis surviennent de la diarrhée le 6 décembre et une épistaxis le 11 décembre ; la température ne dépasse pas 39°6 le soir, et la défervescence se termine le 15 décembre, 14^e jour de l'affection qui est restée bénigne, puisque la malade ne s'est pour ainsi dire pas alitée.

Après une période d'apyrexie et de mieux-être qui dure du 15 décembre au 20 décembre, la malade perd l'appétit, a de la courbature et de la céphalalgie le 21 décembre ; elle s'alite, la fièvre se rallume, il se produit un épistaxis le 22 décembre, puis le 25 décembre ; le 26, on note des taches rosées et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, de la diarrhée et de la bronchite typhoïde. La température ne s'élève pas au-dessus de 39°4. La rechûte, car c'en est une, reste bénigne et ne dépasse pas une durée de 10 jours, après quoi l'apyrexie est définitive et suivie d'une prompte guérison.

Pendant cette double évolution fébrile, il ne s'est produit aucun symptôme alarmanant du côté de l'utérus, et la grossesse n'a nullement été troublée.

B. — Grossesse des 3 derniers mois. — 2 cas.

Obs. IX. — Communiquée par le docteur Lebon. — Épidémie de Liverdon, 1883. — Grossesse de 7 mois. — Fièvre de moyenne gravité. — Eclampsie. — Accouchement prématuré. — Mort de la mère.

M^{me} S... 26 ans, enceinte de 7 mois, qui a un enfant, fruit d'une première couche qui s'est bien passée, est prise au milieu d'une bonne santé de fièvre typhoïde le 2 décembre 1883. La température ne dépasse pas 39°, l'affection évolue d'une façon bénigne, et la défervescence est sur le point de se terminer, quand le 18 décembre, 17^e jour de la maladie, il se produit une recrudescence brusque dans la soirée : la température vespertine atteint pendant 6 jours de suite le chiffre élevé de 40°, et cependant l'enfant ne meurt pas : les battements redoublés et les mouvements actifs continuent à être perceptibles. Puis le 25, la défervescence commence et se termine le 31 décembre, le 12^e jour de la recrudescence, 29^e jour de l'affection.

Outre les autres manifestations de la fièvre typhoïde, des vomissements se sont produits fréquemment les 19, 22, 23, 24, 25, 26 et 27 décembre. La malade a pris du sulfate de quinine le 20 et le 21 décembre.

La convalescence évolue heureusement jusqu'au 11 janvier sans vomissements ni autres troubles morbides, quand, dans la matinée, une attaque d'éclampsie éclate tout à coup, suivie de deux autres dans la soirée. Le lendemain 12 et le surlendemain 13, 2 nouvelles attaques surviennent malgré l'administration de bromure de potassium en potion et d'hydrate de chloral en lavement. A 11 heures, la mère accouche prématurément d'un enfant de 8 mois, bien constitué d'ailleurs, et qui a vécu 2 mois. Puis elle meurt dans le coma qui suit de nouvelles attaques d'éclampsie le 15 janvier, dans l'après-midi.

Cet accouchement prématuré ne saurait nullement être imputé à la fièvre typhoïde, à l'intoxication typhique, dont le virus était assurément éliminé. Il est même peu probable que la fièvre typhoïde ait prédisposé à l'éclampsie cette femme secundipare, dont le premier accouchement s'était parfaitement passé. Si nous nous reportons à l'observation, nous voyons que lors de la recrudescence, la malade a eu des vomissements qui pendant les 19, 22, 23, 24, 25, 26 et 27 décembre ont été plus ou moins fréquents, et ne sauraient être attribués à l'administration de sulfate de quinine, puisque si la malade a vomi son sulfate de quinine le 19, elle l'a gardé le 21, et a vomi les jours suivants, alors qu'elle ne prenait plus de quinine. En conséquence, nous pourrions nous demander si ces vomissements n'étaient pas des prodromes de l'éclampsie, et s'il ne s'était pas produit insidieusement, soit pendant la

grossesse, soit pendant l'évolution typhique, des conditions pathogéniques de l'éclampsie avec ou sans lésions rénales. Nous regrettons que cette intéressante observation n'ait pas pu être rédigée d'une façon plus complète, et que M. le docteur Lebon, surchargé de besogne pendant cette épidémie de Liverdun, n'ait pas eu le temps d'examiner les urines pour voir si elles n'étaient pas albumineuses. L'autopsie d'ailleurs, si elle avait pu être faite, eût certainement éclairé la pathogénie obscure de ces accidents ultimes, qui ne peuvent en tout cas être imputés directement à la fièvre typhoïde.

Obs. X. — Résumée, communiquée par le docteur Sogniès. — Grossesse de 7 mois et demi. — Fièvre bénigne.

M^{me} X..., âgée d'une trentaine d'années, mère de 3 enfants, est enceinte de 7 mois 1/2, lorsqu'elle tombe malade en 1877 d'une fièvre typhoïde, qui évolue en 3 septénaires et conserve pendant tout ce temps une allure bénigne; il n'y a eu aucun phénomène nerveux grave, la température n'a pas dépassé 39°5 le soir, et il n'y a eu aucune menace d'accouchement prématuré. La convalescence a été régulière, et l'accouchement s'est fait à terme.

2^e Série.

Elle comprend 8 cas : dans les 6 premiers, il y a eu avortement ; dans les 2 derniers, accouchement prématuré.

A. — Avortements — 6 cas.

Obs. I. — Recueillie à la clinique de M. le professeur Bernheim. — Grossesse de 2 mois et demi. — Avortement le 10^e jour. — Fièvre grave. — Guérison.

M^{me} J. B..., 20 ans, est mariée et habite Nancy depuis 2 ans. Enceinte de 2 mois et demi. Début de la fièvre typhoïde le 16 janvier 1884 par les symptômes ordinaires de la maladie : le 25 janvier (10^e jour), elle avorte d'un fœtus de 2 à 3 mois, sans métrorrhagie. Depuis, elle présente des symptômes ataxiques ; en proie à une grande agitation, elle s'est sauvée au grenier en poussant des cris, et n'a pu être maintenue au lit que de force ; la température vespérale oscille entre 39°8 et 40°2, le pouls varie de 108 à 132, la respiration est fréquente, courte, au dessus de 40 R. par minute ; il y a de l'hypostase dans les 2 bases, du tremblement des lèvres, de la stupeur, de la perte de la mémoire, une bronchite généralisée, de l'albuminurie passagère, de la rétention, puis de l'incontinence d'urines, quelques petites eschares au sacrum. Cependant les rémissions matinales s'accroissent à partir du 2 février (18^e jour)

jusqu'au 8 février (24^e jour) ; mais il y a une recrudescence le 9 février, qui est terminée le 23 février (39^e jour), et la convalescence est définitivement établie. Le 15 février (31^e jour), il se développe un gonflement douloureux du sein droit avec rougeur et induration grosse comme un œuf de poule à la partie externe de l'organe ; ces symptômes se terminent par résolution, le 21 février. Le 20, il existe une eschare aussi étendue qu'une pièce de 5 francs et assez profonde à la fesse gauche, qui se cicatrise rapidement pendant la convalescence.

La fièvre a été grave ; il y a eu des accidents ataxo-adiynamiques, une localisation broncho-pulmonaire assez tenace, puisque la dyspnée a persisté jusqu'au 19 février et que le murmure respiratoire n'est redevenu net que ce jour-là, une recrudescence le 25^e jour, une inflammation du sein droit terminée par résolution, enfin une eschare à la fesse gauche. Ces complications ont prolongé la période d'état au delà du 3^e septénaire. Tandis que la fièvre typhoïde avait cette haute gravité, les suites de la fausse couche étaient absolument bénignes ; il n'y a eu ni métrorrhagie, ni fétidité de l'écoulement vaginal, ni douleur abdominale.

Le traitement de la dothiéntérie a consisté en laxatifs quand il y avait constipation, en ventouses sèches et vésicatoires contre les accidents broncho-pulmonaires, en un bain à 30° donné le 4 février (20^e jour), en 2 potions de 0 gr. 60 de digitale en infusion le 19 et le 20 février (35^e et 36^e jour).

Obs. II. — Communiquée par M. le docteur J. Didion, de Nancy. — Grossesse de 3 mois. — Avortement le troisième jour de la convalescence. — Gravité moyenne. — Guérison.

M^{me} R. M., âgée de 20 ans, mariée au mois d'août 1881, devient grosse au commencement du mois d'octobre.

Le 15 décembre de la même année, elle est atteinte d'une fièvre typhoïde qui débute comme à l'ordinaire, et suit son cours en présentant une gravité d'intensité moyenne. Elle est caractérisée, du reste, par de la diarrhée sans météorisme, de la bronchite sans dyspnée, de l'insomnie et de l'agitation nocturne sans délire. Le pouls est dicrote, mais la fréquence des pulsations ne dépasse pas 90 le matin et 100 à 110 le soir. La fièvre présente le type continu à rémissions matinales dont la courbe se tient entre 38° et 39°,8 et arrive à la normale le vingt-et-unième jour de la maladie. Aucune complication ne s'est produite et déjà la convalescence commence, lorsque dans la nuit du 8 janvier 1882, M^{me} R. accuse des douleurs dans le bas ventre et les reins ; celles-ci d'abord éloignées, se rapprochent, deviennent plus intenses et sont suivies, à sept heures du matin, de l'expulsion d'un fœtus de trois mois, (troisième jour de la convalescence).

Reste le placenta. Comme il n'est pas expulsé spontanément au bout d'une heure, on fait d'abord des tractions sur le cordon; mais celui-ci très grêle venant à se rompre, on introduit la main dans la matrice pour aller à la recherche du placenta, dont le décollement est facile et suivi de l'heureuse extraction de la totalité de cet organe.

M. le professeur Bernheim, qui a bien voulu assister M^{me} R. dans cette phase de la maladie, a constaté avec nous les faits que nous venons de signaler. Les suites de cet avortement sont des plus simples : il ne se produit ni métrorrhagie, ni fétidité lochiale.

La malade, quinze jours plus tard, commence à se lever. La guérison reste complète.

Obs. III. — Recueillie au service de M. le professeur Bernheim, par le docteur Ganzinotty, chef de clinique médicale. — Grossesse au troisième mois. — Avortement le onzième jour. — Mort par perforation intestinale au commencement de la convalescence.

Marie J., 20 ans, a présenté, il y a trois ans, des symptômes d'évolution tuberculeuse qui ont duré pendant dix-huit mois et ont disparu à la suite d'un traitement approprié.

Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. Mariée le 1^{er} mai, elle n'a pas ses règles le 12 juin et présente quelques troubles sympathiques de grossesse qui, cependant, n'altèrent pas sa santé. Le 24 juillet, elle est prise de céphalalgie avec vertiges, et elle s'alite le 2 août. Le médecin qui la soigne reconnaît une fièvre typhoïde et trouve une température de 40° le soir. Elle n'a pas eu d'épistaxis. Sans avoir eu de métrorrhagie, elle est prise le 3 août, onzième jour de la fièvre typhoïde, de coliques suivies de l'expulsion assez rapide d'un fœtus de trois mois. Mais un écoulement métrorrhagique continu et abondant la plonge dans un état d'anémie assez profond avec décoloration des muqueuses et pâleur des téguments, et le médecin traitant l'adresse à la clinique de M. le professeur Bernheim.

A son entrée, le 7 août, quinzième jour de la maladie, cinq jours après la fausse couche, on constate aisément les symptômes d'une fièvre typhoïde grave. La langue est sèche et fuligineuse; le ventre est sensible dans la fosse iliaque droite où on obtient du gargouillement; quelques taches rosées sur le tronc. L'intelligence est assez nette; cependant la malade est prostrée et présente un certain degré d'hébétude; elle délire la nuit. La température oscille entre 39°,2 et 40°,2; le pouls bat de 120 à 132.

Mais le 8 août, l'état d'anémie dans lequel se trouve la malade, la continuation et l'abondance de l'écoulement sanguin par le vagin, que n'explique pas

la fièvre typhoïde, engagent à en rechercher la cause. Le chef de clinique, constate au toucher que le col est très volumineux et comme distendu par un corps étranger. Avec le spéculum, il est facile de reconnaître la présence dans le col d'un caillot qui est enlevé par des irrigations, et derrière lequel se trouve le placenta ; quelques tractions permettent de l'enlever complètement avec des pinces. Cette manœuvre est suivie de l'injection, dans la cavité utérine, d'une solution d'acide borique au 1/100. Les parties génitales bien lotionnées avec la solution antiseptique, on termine l'opération par le tamponnement simple.

Le lendemain, le tampon est enlevé, et l'écoulement métrorrhagique ne se reproduit plus ; le col est simplement ulcéré. On pratique matin et soir, pendant quinze jours, des injections vaginales boriquées, et le 13 août encore une injection intra-utérine.

Aucun accident ne se produit du côté de l'utérus.

Cependant la fièvre typhoïde continue son évolution, sans paraître influencée par la fausse couche autrement que par l'état particulier de faiblesse et d'anémie qui contribue à plonger la malade dans un état d'adynamie caractérisé par une grande prostration avec stupeur, avec lenteur des réponses et subdélire, par la congestion hypostatique des deux bases, par du tremblement des lèvres et des doigts ; la température et le pouls oscillent entre 39 et 41, et entre 116 et 136, la respiration courte et fréquente varie de 40 à 52.

Pendant ce temps la malade prend 1 litre et demi de lait, 1 litre de bouillon, 200 grammes de Malaga et 500 gr. de thé au rhum par jour. Quatre doses de sulfate de quinine de 80 centigr. données le 10, le 11, le 13 et le 15 août, abaissent la température, mais d'une façon momentanée.

Le tracé de la température montre que l'on a affaire à une fièvre continue avec prolongation de la période d'état jusqu'au commencement du 5^e septénaire. Nous devons dire que cette prolongation peut être attribuée à une broncho-pneumonie droite. Pendant la maladie et en particulier le 16 août, on constate à l'auscultation outre les signes d'une bronchite généralisée des râles sous-crépitants aux 2 bases et du souffle limité aux deux fosses sus-épineuses qui peut être rapporté, vu les antécédents de la malade, à de l'induration tuberculeuse des 2 sommets.

Enfin, quelque grave que soit l'état de la malade, celui-ci s'améliore au commencement du 5^e septénaire, c'est-à-dire le 17 août ; la température diminue un peu soir et matin, et après une recrudescence passagère des 20 et 21 août, la défervescence se fait par grandes oscillations, si bien que la température le 26 août est à 36° 6 le matin et 38° 4 le soir.

Il semblait donc que la malade dût guérir ; la diarrhée avait diminué, et

la malade put prendre deux œufs le 25 août. Son intelligence était redevenue nette et la langue était humide.

Le 28 août, 40^e jour de la maladie, après deux jours d'apyrexie, la malade se déplace dans son lit à 5 heures du soir; et à 6 heures et demi, elle est prise d'un violent frisson, de douleurs lombo-abdominales, de nausées et de vomissements. Son facies s'altère. A un délire intense succède un état semi-comateux avec collapsus algide qui se termine par la mort le lendemain, 29 août, à 6 heures du matin. On diagnostique une perforation intestinale.

Autopsie. — L'autopsie montre les lésions caractéristiques de la dothiérien-térie : ulcérations de plaques de Peyer à 0^m,60 au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Ces ulcérations ont détruit les deux tuniques de l'intestin; cependant elles sont parfaitement détergées et en voie de cicatrisation. L'une d'elles tout près de la valvule est trouée en son milieu : cette perforation a laissé échapper le contenu de l'intestin dans la cavité péritonéale qui contient environ 1 litre de liquide jaune; ce n'est pas du pus, mais un liquide identique à celui que l'on retrouve dans l'intestin lui-même. Le péritoine est simplement injecté et les anses intestinales sont libres : aucune adhérence, ni fausse membrane.

L'utérus et ses annexes sont sains; à la coupe, le tissu utérin a son aspect normal.

Il existe de plus une congestion pulmonaire de la base gauche et une broncho-pneumonie droite (aspect granité et vacuoles remplies de pus à la coupe du poumon, tissu dense et plongeant dans l'eau). Enfin, dans les 2 sommets se trouvent des amas tuberculeux non ulcérés, tubercules agglomérés, isolés, et granulations fibro-caséuses.

Le cœur est flasque, jaunâtre, dégénéré, et ses cavités contiennent quelques caillots jaunes. Le foie et les reins sont également atteints de dégénérescence graisseuse. La rate est diffluente.

En résumé, cette malade avait une tuberculose ancienne dont l'évolution avait été enrayée. Atteinte de fièvre typhoïde, elle a avorté le 3^e mois de sa grossesse et le 11^e jour de l'évolution typhique. Cette maladie s'est compliquée d'une broncho-pneumonie qui a prolongé la période d'état; et au moment où l'évolution typhique s'est arrêtée, où la chute de la température faisait espérer une résolution de tous les symptômes, un mouvement brusque de la malade a entraîné une perforation de l'intestin, suivie de l'épanchement du contenu de cet organe dans la cavité péritonéale qui a amené la mort dans le collapsus au bout de 12 heures.

Obs. IV. — Communiquée par le docteur Ch. Lévy, de Nancy. — Grossesse de 3 mois et demi. — Avortement le 12^e jour. — Rechûte avec symptômes ataxo-adiynamiques. — Guérison.

M^{me} B... âgée de 35 ans, est mère de 4 enfants, dont l'un est mort en 1884 à Paris, pendant l'épidémie de fièvre typhoïde. Cette dame tombe malade de fièvre typhoïde à Nancy le 1^{er} août, alors qu'elle est enceinte de 3 mois et demi.

La température évolue entre 39° et 40°, et dépasse même ce chiffre. Le 12^e jour de la dothiéntérie, elle fait une fausse couche avec douleurs expulsives de 2 heures à 6 heures du matin dans la nuit du 13 août. Cet avortement n'est ni précédé ni suivi de métrorrhagie, ni d'autres symptômes inquiétants, et la fièvre typhoïde se termine au bout de 3 septénaires, l'apyrexie étant complète le 21 août.

La convalescence se maintient sans fièvre pendant un septénaire. Puis de nouveaux symptômes se manifestent. La fièvre se rallume, et bientôt se déclare un état ataxo-adiynamique des plus graves, qui heureusement se termine vers le 28 septembre. C'était une rechûte.

A partir de cette époque s'établit, un peu longue, la convalescence. Cependant la guérison est définitive à la fin d'octobre.

Obs. V. — Communiquée par le docteur Friot, de Nancy. — Grossesse de 4 mois. — Avortement au début de la convalescence. — Fièvre bénigne. — Guérison.

Une jeune femme d'un village des environs de Nancy m'appela, lors d'une épidémie de fièvre typhoïde qui sévit dans cette commune en 1882.

Je constatai les symptômes ordinaires du début de la maladie, qui du reste demeura bénigne pendant toute sa durée. La fièvre ne dépassa pas 39°, et l'évolution fut terminée au commencement du 4^e septénaire. Depuis quelques jours, cette jeune femme était entrée en convalescence, et l'apyrexie était complète quand elle avorta d'un fœtus qui présentait les caractères d'un fœtus de 4 mois. Les suites de la fausse couche ne présentèrent aucun incident digne d'être noté.

Obs. VI. — Recueillie à la clinique de M. le professeur Bernheim par le docteur Ganzinotty, chef de clinique médicale. — Grossesse de 4 mois et demi. — Avortement le 12^e jour. — Fièvre grave. — Guérison.

M^{lle} Elisa X..., 30 ans, venue à Nancy pour y cacher sa grossesse, y contracte la fièvre typhoïde lors d'une épidémie de 1883. Elle est enceinte de 4 mois et demi. Le 27 août, elle est prise de céphalalgie, vertiges, bourdonne-

ments d'oreilles et de fièvre ; elle fait une fausse couche le 12^e jour de la maladie, et est amenée à l'hôpital Saint-Charles, le 5 septembre 1883. La fièvre survenant après un avortement fait penser d'abord à une septicémie ; mais les anamnestiques, l'évolution régulière de la température, l'absence de tout symptôme du côté de l'utérus au 16^e jour de la maladie, les symptômes propres à la dothiéntérie, taches rosées, douleur dans la fosse iliaque droite, selles diarrhéiques jaunes, langue sèche, blanche sur la face dorsale, rouge sur les bords, permettent d'affirmer la fièvre typhoïde. Du reste, les salles de l'hôpital Saint-Charles sont encombrées d'une quarantaine de typhiques, ce qui, en montrant la probabilité d'une affection identique, ajoute à la certitude du diagnostic.

Défervescence en lysis. M^{lle} E... a de la fièvre jusqu'à la fin du 3^e septénaire. En raison de l'hyperthermie, T. à 40° et au-dessus, et des symptômes ataxo-
adynamiques, elle est soumise au traitement par les bains à 18° (2 dans la soirée) : le délire se calme, l'intelligence redéviert nette ; aucune complication ne se manifeste du côté du thorax. La convalescence marche rapidement, et au bout d'un mois elle quitte l'hôpital parfaitement guérie, à la fin du mois d'octobre.

B. — Accouchements prématurés.

Obs. VII. — Recueillie à la Clinique de la Maternité, service de M. le prof. Herrgott. — Grossesse de 6 mois 1/2. — Accouchement prématuré le 8^e jour. — Fièvre grave. — Guérison.

Kohler Anna, jeune fille de 21 ans, domestique à Nancy, originaire du Wurtemberg. Régulée pour la dernière fois à la fin d'octobre 1878, elle a senti les premiers mouvements de l'enfant à une époque qu'elle ne peut préciser. Le 12 mai, elle était bien portante et enceinte de plus de 6 mois 1/2. Le 13 mai, la fièvre typhoïde débute par de l'inappétence, sans autres symptômes. Le 21 mai, à 9 heures du matin, elle accouche prématurément, sans métrorrhagie préalable, d'un enfant du sexe masculin pesant 1350 grammes, dont le diamètre bipariétal est de 7 centimètres, ce qui donne à penser que la mère était enceinte de 7 mois. Après l'accouchement, la malade a une métrorrhagie intense. Le 21, elle est amenée à la Maternité, et le thermomètre dans l'aisselle marque 39°8 matin et soir ; le pouls est fréquent de 124 à 128.

La malade est abattue, elle délire un peu la nuit, peut-être en raison de son hémorrhagie ; car elle est très-pâle. Le ventre est tendu, mais peu sensible à la pression ; l'utérus, incliné à droite, dépasse le bord antérieur du pubis de 6 centimètres ; lochies jaunâtres peu abondantes ; la vulve est cedématisée, la fourchette présente une petite déchirure.

Le 24, céphalalgie, toux, râles de bronchite. Le 25, la malade délire ; son ventre est bouffi ; la bronchite se généralise ; l'utérus se rétracte bien ; les lochies ne sont pas fétides ; la température oscille entre 39° 8 et 40° 4, le pouls est au-dessus de 120 ; la respiration devient plus fréquente, entre 36 et 44 par minute.

Le 26, épistaxis légère, selles diarrhéiques jaunes : c'est le 13^{me} jour de la fièvre typhoïde ; on trouve 2 taches rosées, et on perçoit du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le 28, dans la soirée, la malade a 2 selles involontaires. La nuit, elle a un délire agité, et on constate le lendemain une eschare commençant au sacrum. Le 29, hypostase pulmonaire très-nette, soubresauts de tendons, carphologie ; la diarrhée diminue. Néanmoins la défervescence commence par de grandes oscillations donnant T. m. 38°, T. s. 40° à 41°.

Le 4 juin, il n'y a plus ni selles, ni délire, et les autres symptômes nerveux sont amendés. La malade n'est plus indifférente à ce qui se passe autour d'elle ; c'est le 21^e jour de la fièvre typhoïde ; la température est à 37° 2 le matin et à 38° 4 le soir. Le pouls est à 112 matin et soir.

La malade paraît devoir entrer en convalescence, quand, le 6 juin, la température remonte, et le 7, elle atteint de nouveau 40° 5. L'appétit qui était revenu, se perd de nouveau, la langue se sèche, il y a de la diarrhée, de nouvelles taches rosées apparaissent le 12 juin. C'est une rechûte ; il y a de nouveau de la douleur dans la fosse iliaque droite, le ventre est tendu. Le 14, (31^e jour de la maladie, 23^e jour de l'accouchement, 10^e jour de la rechûte), la malade, dans son délire, veut quitter son lit, tombe par terre ; immédiatement après cette chute, elle a une métrorrhagie abondante. Puis au délire s'ajoutent, les jours suivants, de nouveaux symptômes d'adynamie et une nouvelle localisation sur les bronches. La fièvre dure ainsi pendant 4 nouveaux septénaires, et l'apyrexie n'est complète que le 6 juillet, 32^e jour de la rechûte.

La malade se lève pour la première fois le 13 juillet ; puis, sans présenter aucun symptôme, sans se sentir même mal à l'aise, tout en conservant son appétit, en allant bien à la selle, en n'ayant plus qu'une eschare presque cicatrisée sans réaction inflammatoire à son pourtour, elle présente un nouveau mouvement fébrile le 16 juillet. On diagnostique fièvre de convalescence ; la température oscille entre 37° 5 le matin et 39° le soir. On administre 4 jours de suite le sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 50, et la température tombe le 28 juillet, 13^e jour de la fièvre de convalescence.

L'état s'améliore pendant le mois d'août ; mais vers la fin du mois, la malade présente des sueurs nocturnes, elle a de nouveau de la diarrhée ; à l'auscultation du sommet droit du poumon, qui jusqu'alors avait paru intact, on trouve une respiration rude avec craquements fins ; on pense à une évolution

tuberculeuse. La malade, envoyée d'abord de la Maternité à l'hôpital Saint-Charles, rentre dans son pays et est perdue de vue.

Réflexions. — Il y aurait bien des choses à dire au sujet de cette observation. D'abord les suites de couches ont été bénignes, puisque l'utérus s'est bien rétracté, et que les lochies n'ont jamais été fétides. Et ce résultat a été obtenu dans une Maternité, sans aucune intervention thérapeutique active, par les soins ordinaires, et nous n'avons pas vu éclater ces accidents puerpéraux redoutés par Gusserow et dont nous parlons dans le cours de notre travail.

La fièvre typhoïde domine seule dans cette évolution fébrile : au bout de quelques jours il semble que ce n'est plus une accouchée, mais une simple typhoïsante que l'on traite à la Maternité. Et si la maladie a été grave, faut-il croire à une influence maligne, causée par l'état de grossesse avancée et d'accouchement prématuré ? Ne vaut-il pas mieux accuser les conditions de milieu qui ont favorisé l'éclosion de la fièvre typhoïde, de cette gravité même ?

Obs. VIII. — Recueillie aux cliniques de MM. les professeurs Herrgott (Maternité) et V. Parisot (Hôpital civil). — Grossesse de 7 mois. — Accouchement prématuré le 9^e jour. — Fièvre grave, — Guérison.

L. S..., 48 ans, domestique, enceinte de 7 mois. A vu sa grossesse troublée pendant les 6 premiers mois par du malaise, des migraines, de l'inappétence et des vomissements. Durant le 7^e mois, elle a de l'anorexie, un dégoût des aliments et des douleurs dans le ventre ; cependant elle a continué à travailler jusqu'au 14 septembre 1884.

Cependant la fièvre typhoïde débute chez elle le 9 septembre par de la céphalalgie frontale, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. La fièvre s'allume et la malade ressent des frissons, de la courbature, une soif très vive ; en même temps, elle ne peut plus rien prendre que du bouillon. Elle s'alite le 14 septembre.

Le 16, à 1 heure du matin, les membranes se rompent prématurément, les eaux s'écoulent et les douleurs commencent à 4 heures ; elle entre à la Maternité à 10 heures du matin : le col n'est pas encore effacé, la tête est engagée, les contractions utérines sont peu fortes. A 9 heures du soir, dilatation de 1 franc ; O. I. G. A. Expulsion à 2 heures du matin d'un enfant faible pesant 1500 grammes. Délivrance 1¼ d'heure après. Pas de métrorrhagie ni avant, ni après l'accouchement.

La femme est envoyée à l'hôpital civil, à cause de sa fièvre typhoïde. Rien ne se produit d'inquiétant du côté de l'utérus qui se rétracte bien, et la maladie suit son évolution qui affecte l'allure de la fièvre adynamique. C'est ainsi que le 18 septembre (10^e jour de la dothiéntérie), on note de la netteté de

l'intelligence, sans abattement, mais de l'insomnie, des cauchemars et de l'agitation la nuit. 6 selles diarrhéiques. Langue fuligineuse, gorge sèche, gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le 21, une épistaxis légère ; le 22, deux épistaxis.

Les jours suivants, l'abattement augmente ; la malade a plusieurs selles diarrhéiques, le ventre est douloureux, la céphalalgie persiste. On trouve enfin 8 taches rosées sur le tronc : mais il n'y a pas d'accidents thoraciques, ni du côté du petit bassin.

Le 27 septembre, l'adynamie est telle que la malade répond à peine aux questions, sa face est vultueuse, elle a du déiire et une diarrhée abondante avec météorisme.

La température oscille entre 39° 8 et 41, le pouls entre 108 et 120. Néanmoins le 6 octobre, la convalescence s'établit, la fièvre étant tombée le 28^e jour de la fièvre typhoïde. La guérison s'est maintenue.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 26 juin 1885.

Le Recteur,

M. MOURIN.

Vu le 24 juin 1885 :

Le Président de thèse,

BERNHEIM.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	3
PLAN DU SUJET	6
PREMIÈRE PARTIE. — Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse	7
CHAPITRE PREMIER. — Fréquence ; prétendue immunité	7
CHAPITRE II. — Influence nulle. Continuation de la grossesse . . .	9
Tableau	10
CHAPITRE III. — Influence réelle. Interruption de la grossesse . .	13
§ I. — Avortement	14
§ II. — Accouchement prématuré	15
De certaines circonstances qui précèdent, accompagnent ou sui- vent l'expulsion du produit de la conception	17
Pathogénie de l'avortement et de l'accouchement prématuré . . .	20
1° Fièvre typhoïde fœtale	20
2° Endométrite hémorrhagique	21
3° Congestion utérine	22
4° Hyperthermie	22
5° Théorie personnelle	29
DEUXIÈME PARTIE. — Influence de la grossesse, de l'avorte- ment, de l'accouchement prématuré et de l'état puerpéral de la fièvre typhoïde	32
Influence de la grossesse	32
Id. de l'avortement	33
Id. de l'accouchement prématuré	36

Coïncidence de l'infection puerpérale et de la fièvre typhoïde ..	37
Indication thérapeutique.....	38
Conclusions.....	42
Observations.....	44
PREMIÈRE SÉRIE. — A. Grossesse des 6 premiers mois	44
B. Grossesse des 3 derniers mois	50
DEUXIÈME SÉRIE. — A. Avortement	51
B. Accouchement prématuré.....	57

